



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Πολιτικές υγείας μετά το 2010 και ποιότητα στον τομέα της υγείας»

ΑΜ: 20019

Συγγραφέας:

Νίκος Σεραφείμ

Αθήνα, Μάρτιος 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Πολιτικές υγείας μετά το 2010 και ποιότητα στον τομέα της υγείας»

ΑΜ: 20019

Συγγραφέας:

Νόικος Σεραφείμ

Επιβλέπουσα:

Παπανικολάου Βασιλική

Αθήνα, Μάρτιος 2023



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT PUBLIC HEALTH POLICY**

MSc in LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE BASED HEALTH POLICIES

Diploma Thesis

Health policies and quality in health sector since 2010

Student name and surname:

NOIKOS SERAFEIM

Registration Number:

20019

Supervisor name and surname:

Papanikolaou Vasiliki

ATHENS, MARCH 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

«Πολιτικές υγείας μετά το 2010 και ποιότητα στον τομέα της υγείας»

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Παπανικολάου Βασιλική	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	
2	Οικονόμου Χαράλαμπος	Καθηγητής Πάντειο Πανεπιστήμιο	
3	Ζάβρας Δημήτριος	Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Νόικος Σεραφείμ του Γεωργίου, με αριθμό μητρώου 20019 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίες στην Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προ όν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Νόικος Σεραφείμ / Μεταπτυχιακός Φοιτητής

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

Ο Δηλών



(Υπογραφή)

Copyright © ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στη Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

A handwritten signature in black ink, appearing to be the Greek name 'Γιάννης' (Giannis), written in a cursive style.

Περίληψη

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες πλήθος νομοθετικών ρυθμίσεων ψηφίστηκαν στη χώρα μας που αφορούσαν την ποιότητα παροχών στις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, τα αποτελέσματα αυτών των ρυθμίσεων δεν ήταν αντάξια των προσδοκιών του νομοθετικού πλαισίου. Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα ιδρύθηκε πολύ πρόσφατα σε σχέση με ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες οι οποίες διαθέτουν πλέον προηγμένα συστήματα υγείας και θα μπορούσαν να αποτελέσουν παράδειγμα και πρότυπο μεταρρυθμίσεων υγείας για τη χώρα μας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής διπλωματικής εργασίας ήταν η ανάδειξη των βέλτιστων πρακτικών που εφαρμόστηκαν σε χώρες με προηγμένα Συστήματα Υγείας ως προς τις διαστάσεις που συνθέτουν την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, και ως προς την επίτευξη της ισότιμης πρόσβασης και καθολικότητας των Συστημάτων αυτών, ώστε να διαπιστωθεί εάν και κατά πόσο αυτές οι πρακτικές είναι εφικτό να εφαρμοστούν στη χώρα μας προσαρμοσμένες στις υπάρχουσες συνθήκες και στην ελληνική πραγματικότητα.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μία Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Heal-Link, PubMed, Google Scholar, και Cochrane, σε διαδικτυακές πηγές επιστημονικών φορέων και οργανισμών και σε έντυπο υλικό ενώ η μελέτη εστιάστηκε στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας Γερμανίας και Ισπανίας και Ελλάδας ως μία από τις σημαντικές διαστάσεις που συνθέτουν την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης. Παράλληλα πραγματοποιήθηκε Περιγραφική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση με σκοπό να αναζητηθούν οι βέλτιστες πρακτικές που εφαρμόστηκαν σε χώρες με προηγμένα Συστήματα Υγείας ως προς τη βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Για την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω λέξεις κλειδιά: accessibility, inequalities, healthcare system, Spain, Germany, Greece, προσβασιμότητα, ανισότητες καθώς και συνδυασμοί αυτών. Η χρονική διάρκεια της αναζήτησης ήταν από 01/11/2021 έως 28/2/2023 και η γλώσσα αναζήτησης ήταν η αγγλική και η ελληνική.

Αποτελέσματα: Για τη συστηματική ανασκόπηση συνολικά 20 άρθρα της διεθνούς βιβλιογραφίας πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη. Διαπιστώθηκε ότι, παρ' όλο που οι χώρες αυτές έχουν πετύχει ένα υψηλό ποσοστό καθολικής κάλυψης του πληθυσμού και, σε γενικές γραμμές, η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας έχει επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό, ωστόσο υπάρχουν μελέτες που διαπιστώνουν ακόμη εμπόδια στην πρόσβαση κάποιων ομάδων τα οποία συνδέονται με τη γεωγραφική απόσταση, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, την εθνικότητα και την καταγωγή. Η Περιγραφική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση ανέδειξε στις χώρες που μελετήθηκαν αξιολογες προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας ωστόσο υπάρχουν ακόμη αρκετά και αδύνατα σημεία που θα πρέπει να αποτελέσουν τομείς προτεραιότητας για τις επόμενες μεταρρυθμίσεις.

Συμπεράσματα: Οι πρακτικές της Γερμανίας και της Ισπανίας για την προαγωγή της ισότιμης πρόσβασης θα μπορούσαν να αποτελέσουν παράδειγμα για τη χώρα μας η οποία,

στον τομέα αυτό, εμφανίζει μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Η υιοθέτηση από τη χώρα μας αυτών των βέλτιστων πρακτικών φαίνεται να είναι εφικτή καθώς οι πολιτικές μεταρρυθμίσεων τόσο των χωρών αυτών όσο και της Ελλάδας αναπτύσσονται προς τις ίδιες κατευθύνσεις και τους ίδιους πυλώνες. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, η επιτυχία των μεταρρυθμίσεων στην υγεία με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, φαίνεται πως είναι κυρίως θέμα πολιτικής βούλησης, ορθής διαχείρισης των πόρων και μεταρρυθμίσεων στον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας και λιγότερο ζήτημα επάρκειας των διαθέσιμων πόρων.

Λέξεις κλειδιά: accessibility, inequalities, healthcare system, Spain, Germany, Greece, προσβασιμότητα, ανισότητες.

Abstract

Introduction: Over the past decades, a multitude of legislative regulations have been voted on in our country concerning the quality of healthcare services. However, to this day, the results of these regulations have not lived up to the expectations of the legislative framework. The Healthcare System in Greece was established very recently compared to some European countries which now have advanced healthcare systems and could serve as an example and model for healthcare reforms in our country.

Purpose: The purpose of this review dissertation was to highlight the best practices implemented in countries with advanced Healthcare Systems regarding the dimensions that constitute the quality of provided services, and to study the achievement of equal access and universality of these Systems, in order to determine whether and to what extent these practices are feasible to be applied in our country, adapted to existing conditions and the Greek status quo.

Methodology: A Systematic Literature Review was conducted using the databases Heal-Link, PubMed, Google Scholar, and Cochrane, as well as online sources of scientific institutions and organizations and printed material. The study focused on accessibility to healthcare services in Germany, Spain, and Greece as one of the important dimensions that comprise the quality of care provided. Additionally, a Descriptive Literature Review was conducted to search for best practices implemented in countries with advanced healthcare systems to improve the quality of services provided. The following keywords were used for the search: accessibility, inequalities, healthcare system, Spain, Germany, Greece, accessibility, inequalities, and their combinations. The search was conducted from 01/11/2021 to 28/2/2023, and the languages used for the search were English and Greek.

Results: For the systematic review, a total of 20 articles from the international literature met the inclusion criteria for the study. It was found that although these countries have achieved a high percentage of universal coverage of the population and, in general, equal access to health services has been largely achieved, there are studies that still identify barriers to access for certain groups, which are associated with geographic distance, socio-economic status, gender, ethnicity, and origin. The Descriptive Bibliographic Review highlighted notable efforts to improve quality in the countries studied; however, there are still several weak points that should be a priority for future reforms.

Conclusion: The practices of the two European countries for promoting equal access could serve as an example for our country, which shows significant room for improvement in this area. Adopting these best practices seems feasible for our country, as the political reforms of both these countries and Greece are developing towards the same directions and pillars. Additionally, according to this study, the success of health reforms aimed at ensuring the quality of provided services seems to be mainly a matter of political will, proper resource management, and reforms in the way healthcare services are organized and managed, rather than an issue of sufficient resources availability.

Keywords: accessibility, inequalities, healthcare system, Spain, Germany, Greece.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	i
Abstract.....	iii
Περιεχόμενα.....	v
Κατάλογος πινάκων.....	vii
Κατάλογος εικόνων.....	vii
Συντομογραφίες και Ακρωνύμια.....	ix
Πρόλογος.....	1
Ευχαριστίες.....	1
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Εισαγωγή.....	2
Κεφάλαιο 1: Ποιότητα υπηρεσιών υγείας.....	4
1.1 Ορισμός της ποιότητας και η αναγκαιότητα αυτής.....	4
1.2 Η ποιότητα της υγείας στην ιστορία.....	9
1.3 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας.....	12
1.3.1 Η ποιότητα ως μετρήσιμο μέγεθος.....	12
1.3.2. Αξιολόγηση της ποιότητας.....	16
1.3.3 Μέτρηση της ποιότητας.....	16
1.4 Ορισμός της καθολικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας και η αξιολόγηση αυτής.....	21
1.5 Η προσβασιμότητα ως βασικός δείκτης ποιοτικών παροχών υγείας.....	23
1.6 Ο ορισμός του συστήματος υγείας και τα χαρακτηριστικά του.....	27
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία.....	31
2.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	31
2.1.1 Τα ερευνητικά ερωτήματα.....	31
2.2 Μεθοδολογία.....	32
2.2.1 Κριτήρια ένταξης μελετών.....	32
2.2.2 Αναζήτηση μελετών και Λέξεις Κλειδιά.....	33
2.3 Διάγραμμα Ροής.....	35
Κεφάλαιο 3: Αποτελέσματα.....	36
3.1 Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στη Γερμανία, την Ισπανία και την Ελλάδα.....	36

3.1.1 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στη Γερμανία.....	46
3.1.2 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στην Ισπανία.....	49
3.1.3 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.....	51
3.2 Μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στην περίθαλψη.....	54
3.2.1 Πρώτη χώρα μελέτης (Γερμανία).....	54
3.2.1.1 Δομή και οργάνωση του συστήματος υγείας.....	54
3.2.1.2 Μεταρρυθμίσεις υγείας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας.....	56
3.2.2 Δεύτερη χώρα μελέτης (Ισπανία).....	63
3.2.2.1 Δομή και οργάνωση του συστήματος υγείας.....	64
3.2.2.2 Μεταρρυθμίσεις υγείας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας	66
3.2.3 Τρίτη χώρα μελέτης (Ελλάδα).....	71
3.2.3.1 Μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία πριν το 2010.....	75
3.2.3.2 Μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία μετά το 2010.....	77
Κεφάλαιο 4: Συζήτηση.....	86
4.1 Η Γερμανία.....	87
4.2 Η Ισπανία.....	88
4.3 Η Ελλάδα.....	89
Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	91
Βιβλιογραφία.....	93

Πίνακας 1.1 Η σχέση μεταξύ απόδοσης ενός συστήματος υγείας και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών (WHO, 2019).....	23
Πίνακας 3.1 Προσβασιμότητα στη Γερμανία.....	37
Πίνακας 3.2 Προσβασιμότητα στην Ισπανία.....	39
Πίνακας 3.3 Προσβασιμότητα στην Ελλάδα.....	43
Πίνακας 3.4. Το πλαίσιο του Π.Ο.Υ. για τα συστήματα υγείας.....	70

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1.1. Αυτοαξιολόγηση της ποιότητας της υγείας από τους ασθενείς και ικανοποίηση αυτών από το ποσοστό κάλυψης των αναγκών τους.....	12
Εικόνα 1.2. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ευρώπη.....	17
Εικόνα 1.3. Θνησιμότητα στην Ευρώπη από παθήσεις που μπορούσαν να προβλεφθούν ή να θεραπευτούν.....	17
Εικόνα 1.4 Κύκλος ποιότητας και τα στάνταρτς.....	19
Εικόνα 1.5 Δείκτες ποιότητας που αξιολογούν την περίθαλψη στο ισπανικό Σύστημα Υγείας.....	20
Εικόνα 1.6 Τα πέντε στάδια της κάλυψης σύμφωνα με το μοντέλο Tanahashi.....	22
Εικόνα 1.7 Η Γερμανία είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη σε διαθεσιμότητα κλινών ανά κάτοικο.....	24
Εικόνα 1.8 Η Γερμανία ξεδεύει περισσότερο από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ	25
Εικόνα 1.9. Ποσοστά θνησιμότητας στις ευρωπαϊκές χώρες για το 2019	25
Εικόνα 1.10 Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στις ευρωπαϊκές χώρες ανάλογα με το φύλο.....	26
Εικόνα 1.11. Αυτοαναφερόμενες ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες ανάλογα με το εισόδημα που οφείλονται στον χρόνο αναμονής, στο κόστος και στη γεωγραφική απόσταση.....	26
Εικόνα 1.12 Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη στη Γερμανία σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες	27
Εικόνα 1.13. Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη στην Ισπανία σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες	28
Εικόνα 3.1 Ακάλυπτες ανάγκες ιατρικής εξέτασης στις ευρωπαϊκές χώρες για οικονομικούς και γεωγραφικούς λόγους, ή λόγω αυξημένων χρόνων αναμονής.....	47
Εικόνα 3.2 Ικανοποίηση των πολιτών από την κάλυψη των αναγκών στην Ισπανία.....	49
Εικόνα 3.3. Αυτοαναφερόμενες ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες ανάλογα με το εισόδημα που οφείλονται στον χρόνο αναμονής, στο κόστος και στη γεωγραφική απόσταση.....	51

Εικόνα 3.4 Οι ακάλυπτες ανάγκες στην Ελλάδα κρατούν την ικανοποίηση των πολιτών σε χαμηλά επίπεδα.....	53
Εικόνα 3.5 Αναφερόμενη από τους πολίτες ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη	58
Εικόνα 3.6 Η ικανοποίηση των πολιτών από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στη Γερμανία	60
Εικόνα 3.7 Οι ελεύθερες επιλογές των πολιτών στη Γερμανία ενισχύουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις δομές υγείας.....	61
Εικόνα 3.8 Βασικοί δείκτες ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης στην Ισπανία.....	62
Εικόνα 3.9 Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.....	67
Εικόνα 3.10 Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος στη νοσοκομειακή περίθαλψη.....	67
Εικόνα 3.11 Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη.....	71
Εικόνα 3.12 Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αντιστοιχούν στο ήμισυ περίπου του μέσου όρου της ΕΕ.....	72
Εικόνα 3.13 Η δομή του υφιστάμενου ΕΣΥ	73

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

A.H.Φ.Υ: Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

eGK: Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας

EFQM: European Foundation for Quality Management)

eGK: elektronische Gesundheitskarte

ePA: Ηλεκτρονικά Αρχεία Ασθενών

EQA: European Quality Award

E.ΣΥ.Δ.Υ: Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας

E.Σ.Υ.Π: Εθνικό Σύστημα Υποδομών Ποιότητας

E.Κ.Α.Π.Τ.Υ: Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία

E.Ο.Δ.Υ: Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας

GP: Γενικοί ιατροί

INGESA: Εθνικό Ινστιτούτο Διαχείρισης της Υγείας

IOM: Institute of medical sciences

IQTIG: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

ΚΕ.Σ.Υ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

LGS: Γενικός Νόμος Υγείας

LTC: Μονάδα Μακροχρόνιας Φροντίδας

MBNQA: Malcom Baldrige National Quality Award

NHP: Εθνικό Σχέδιο Υγείας

Ο.ΔΙ.Π.Υ: Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία

Π.Ε.Δ.Υ: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

ΠΕ.Σ.Υ: Περιφερειακά Συστήματα Υγείας

PHI: Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

RKI: Ινστιτούτο Robert Koch

SHI: Υποχρεωτικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας

SNS: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το.Μ.Υ: Τοπικές Μονάδες Υγείας

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το ΠΜΣ «Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία» συνέβαλε στην προβληματική, την ανάλυση των δεδομένων, τη συζήτηση και τη διαμόρφωση θέσεων όσον αφορά στις απαιτούμενες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις για την κάλυψη των ανεκπλήρωτων αναγκών του πληθυσμού και την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το ζητούμενο είναι να τεθούν προτεραιότητες που μέσα από την επιστημονική τεκμηρίωση θα οδηγήσουν σε επιθυμητά αποτελέσματα.

Πολύτιμη βοήθεια θα αποτελούσε η μεταρρυθμιστική εμπειρία άλλων χωρών που διαθέτουν προηγμένα συστήματα υγείας και έχουν προηγηθεί στην προσπάθεια εφαρμογής ενός Συστήματος Υγείας παροχών υψηλής ποιότητας. Αυτό προϋποθέτει τη μελέτη αυτών των συστημάτων και τη διαπίστωση του πραγματικού επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται. Όλες αυτές οι σκέψεις και οι διεργασίες οδήγησαν στην επιλογή του θέματος της παρούσας εργασίας που σκοπό ακριβώς έχει να μελετήσει τις βέλτιστες πρακτικές αυτών των συστημάτων που βελτιώνουν την ποιότητα των παροχών υγείας και το επίπεδο της καθολικής πρόσβασης με την προοπτική να εφαρμοστούν στην ελληνική πραγματικότητα σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του πληθυσμού.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα επιθυμούσα να εκφράσω τις πιο θερμές ευχαριστίες, πρωτίστως στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Παπανικολάου Βασιλική για την υπομονή της, την έμπνευση και υποστήριξη που μου παρείχε, στο προσωπικό της βιβλιοθήκης του ΠΑΔΑ για τη συνεισφορά στην ερευνητική διαδικασία αλλά και σε όλο το διδακτικό προσωπικό της Σχολής που είχα την τιμή να γνωρίσω καθώς πραγματικά πιστεύουν σ αυτό που κάνουν και το κάνουν με ένα «κέφι» μεταδοτικό που δίνει άλλη διάσταση στην όλη εκπαιδευτική διαδικασία.

A . ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Διαβάζοντας κανείς τους νόμους που έχουν ψηφιστεί για την υγεία, κατά καιρούς, σχηματίζει την εντύπωση ότι η Ελλάδα διαθέτει ένα από τα πιο ολοκληρωμένα συστήματα υγείας παγκοσμίως με ασφαλείς, προσβάσιμες και ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας. Στην πραγματικότητα, δυστυχώς, πρόκειται για ένα σύστημα κατακερματισμένο που παρέχει αποσπασματική φροντίδα μακριά από τις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς (Φιλαλήθης, 2021). Αυτή ακριβώς η διαπίστωση που τόσο εύστοχα διατυπώνεται, αποτέλεσε και το κίνητρο για την επιλογή του θέματος στην παρούσα εργασία. Η χώρα μας έχει επανειλημμένα προβεί σε μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, ωστόσο τα αποτελέσματα αυτών των μεταρρυθμίσεων δεν ήταν αντάξια των προσδοκιών του νομοθετικού πλαισίου. Ποιοι όμως ήταν πραγματικά οι λόγοι που δεν επέτρεψαν να τελεσφορήσουν αυτές οι προσπάθειες; Ποιες ήταν οι πρόσφατες νομοθεσίες για την υγεία; Ποιες αφορούσαν θέματα που άπτονται της ποιότητας στην παρεχόμενη περίθαλψη; Σε ποιο βαθμό εφαρμόστηκαν αυτές οι νομοθετικές ρυθμίσεις και πόσο αποτελεσματική ήταν τελικά η εφαρμογή τους; Ποιοι ήταν οι λόγοι της ανεπιτυχούς εφαρμογής και ποιες δυνατότητες υπάρχουν ώστε να καλυφθούν οι βασικές αδυναμίες του συστήματος υγείας; Μπορούν, τέλος, να χρησιμοποιηθούν κάποιες καλές πρακτικές άλλων προηγμένων συστημάτων υγείας και να ενταχθούν στην ελληνική πραγματικότητα ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες και οι ιδιαιτερότητες της χώρας μας; Τα παραπάνω ερωτήματα οδήγησαν στη διαμόρφωση των επί μέρους στόχων της παρούσας εργασίας: να αναλυθούν και να παρουσιαστούν ενδεικτικά τα προηγμένα συστήματα υγείας δύο χωρών, στην προκειμένη περίπτωση της Γερμανίας και της Ισπανίας και να αναδειχτούν οι βέλτιστες πρακτικές των συστημάτων αυτών ως προς τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ή τυχόν αδυναμίες τους. Παράλληλα να εντοπιστούν οι αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας, η πρόσφατη νομοθεσία που αναπτύχθηκε γύρω από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και οι αιτίες που οδήγησαν στη μέχρι τώρα αναποτελεσματικότητα των νομοθετικών ρυθμίσεων. Τελικός σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη της προοπτικής ένταξης αυτών των βέλτιστων πρακτικών άλλων χωρών στα

ελληνικά δεδομένα και η προσαρμογή τους στις πληθυσμιακές ανάγκες της χώρας μας μέσα από συγκεκριμένες προτάσεις και στοχευμένες μεταρρυθμίσεις ώστε να εξασφαλιστεί το απαιτούμενο επίπεδο ποιότητας στην παρεχόμενη περίθαλψη. Η ανάλυση και παρουσίαση των πολιτικών που αφορούν στην υγεία, επιβάλλει, κατ' αρχάς, στο πρώτο κεφάλαιο, την ανάδειξη της ποιότητας ως πρωταρχικού πυλώνα στην ανάπτυξη κάθε συστήματος υγείας. Στη συνέχεια κρίνεται απαραίτητη μια αναφορά στους ορισμούς που έχουν δοθεί κατά καιρούς στην έννοια της ποιότητας και συγκεκριμένα της ποιότητας των παροχών υγείας. Ακολουθεί μια σύντομη ιστορική αναδρομή στον αγώνα κατάκτησης της ποιότητας ανά τους αιώνες που αναδεικνύει ακόμα περισσότερο την αναγκαιότητά της σε κάθε πτυχή της ιατρικής περίθαλψης. Το πρώτο κεφάλαιο κλείνει αναφέροντας τις παραμέτρους που ορίζουν την ποιότητα, τους τρόπους με τους οποίους προσμετράται και τις διαδικασίες με τις οποίες αξιολογείται σε κάθε βαθμίδα της περίθαλψης. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία και ο σκοπός της εργασίας, τα ερευνητικά ερωτήματα, τα κριτήρια ένταξης των μελετών και οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν κατά την αναζήτηση των πηγών. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της αναζήτησης με τη βοήθεια ενός αναλυτικού πίνακα που περιγράφει τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν και το περιεχόμενό τους. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύονται τα συμπεράσματα που αφορούν το πραγματικό επίπεδο της ισότιμης πρόσβασης στην περίθαλψη στις υπό εξέταση χώρες, τα κενά που ακόμα παραμένουν και τις αιτίες που δημιουργούν τις υπάρχουσες ανισότητες στην πρόσβαση. Στα κεφάλαια 5-7 παρουσιάζονται τα Συστήματα Υγείας των τριών χωρών (Γερμανία, Ισπανία Ελλάδα) και οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στη χώρα μας μετά το 2010 με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στην παρεχόμενη περίθαλψη. Στο όγδοο κεφάλαιο αναφέρονται οι στρεβλώσεις του Ε.Σ.Υ. και οι κυριότερες αιτίες αυτής της αναποτελεσματικότητας, ενώ στο κεφάλαιο 9 διατυπώνονται μεταρρυθμιστικές προτάσεις στηριζόμενες, από τη μία, στις βέλτιστες πρακτικές που αναδείχθηκαν και από την άλλη, σε τεκμηριωμένες αναφορές έγκριτων μελετητών και εμπειρογνομόνων που καταθέτουν την άποψή τους για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας ενός συστήματος υγείας που θα παρέχει ασφαλείς υπηρεσίες και ολοκληρωμένη φροντίδα προσαρμοσμένη πάντα στις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών.

Κεφάλαιο 1: Ποιότητα υπηρεσιών υγείας

1.1 Ορισμός της ποιότητας και η αναγκαιότητα αυτής

Πολυάριθμοι ορισμοί, εννοιολογικά πλαίσια, εργαλεία βελτίωσης και μετρήσεις έχουν δημιουργηθεί τα τελευταία 40 χρόνια για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να καθορίσουν και να επιτύχουν ποιοτικούς στόχους. Τα οφέλη από την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας περιγράφονται διαφορετικά τόσο για τους λήπτες αυτών των υπηρεσιών, όσο και για τους συγγενείς τους, για τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας και τέλος για το σύνολο της ευρύτερης κοινωνίας. Δεδομένου ότι οι ανάγκες και οι προσδοκίες όλων των παραπάνω είναι διαφορετικές, η έννοια της ποιότητας είναι πολλές φορές αντικρουόμενη. **Ποιότητα** στην παροχή υπηρεσιών υγείας σημαίνει να εφαρμόζεται η σωστή δράση, στο σωστό χρόνο, με τον πιο κατάλληλο τρόπο ώστε να εξασφαλιστεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. (Department of Health, UK, 2003). Ο Donabedian (1980), που θεωρείται ο πατέρας της ποιότητας στον τομέα της υγείας, όρισε ως ποιότητα τη φροντίδα που μεγιστοποιεί την καλή υγεία του ασθενούς και την ευεξία λαμβάνοντας υπ' όψιν όλες τις απώλειες και τα οφέλη που συνεπάγεται η διαδικασία περίθαλψης καθ' όλα τα στάδια της εφαρμογής της. Κατά έναν άλλον ορισμό, ο Maxwell (1984) περιγράφει την ποιότητα ως τη δυνατότητα όλων των χρηστών να έχουν άμεση και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στον σωστό χρόνο και τόπο και ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός. (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011). Ωστόσο, σύμφωνα με τον Donabedian, δεν μπορεί να υπάρξει ένας σφαιρικός ορισμός που να περιλαμβάνει όλες τις πλευρές της ποιότητας. Γι' αυτό προτείνει τρεις ορισμούς:

α). Ο απόλυτος ορισμός που δεν υπολογίζει το κόστος αλλά μόνο το ενδεχόμενο οφέλους ή βλάβης στην υγεία όπως αυτή εκτιμάται από τους επαγγελματίες.

β). Ο εξατομικευμένος ορισμός που εστιάζει στις προσδοκίες του ασθενή σχετικά με το όφελος ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες.

γ.) Ο κοινωνικός ορισμός που περιλαμβάνει την παροχή της φροντίδας όπως αυτή εκτιμάται από τον πληθυσμό γενικά και συνυπολογίζει το κόστος και το όφελος (Παπανικολάου, 2007).

Κατά τον ΠΟΥ (1993) ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι «η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που είναι ικανές να διασφαλίσουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας, στα πλαίσια των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης που στοχεύει στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή». Κάποια από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ποιότητα είναι:

- Η καταλληλότητα της φροντίδας ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς
 - Η διαθεσιμότητα της απαραίτητης φροντίδας ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του ασθενούς
 - Η συνέχεια της φροντίδας που έχει την έννοια της διάρκειας στο πέρασμα του χρόνου και της συντονισμένης δράσης των επαγγελματιών υγείας
 - Η αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας με το σωστό τρόπο ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
 - Η δραστηκότητα, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο είχε τελικά αποτέλεσμα η φροντίδα πάνω στον ασθενή
 - Η αποδοτικότητα, δηλαδή η αναλογία των αποτελεσμάτων προς τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν γι' αυτά
 - Ο σεβασμός και η φροντίδα που εξατομικεύεται στις ανάγκες του ασθενούς λαμβάνοντας υπ' όψη την αξιοπρέπεια και την προσωπικότητά του
 - Η ασφάλεια, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο μειώνεται το ρίσκο για τον ασθενή και τους εμπλεκόμενους στη φροντίδα
 - Η επικαιρότητα, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο παρέχεται η φροντίδα την καταλληλότερη για τον ασθενή στιγμή.
- (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000)

Η ασφάλεια, η αποτελεσματικότητα, η εστίαση στον ασθενή, η τεκμηρίωση, η αποδοτικότητα και η ισοτιμία, η προσβασιμότητα και το ελεγχόμενο κόστος είναι οι βασικές αρχές πάνω στις οποίες βασίζεται η άριστη υγειονομική περίθαλψη. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας είναι:

- Η διοίκηση ολικής ποιότητας (total quality management)
- Ο καθορισμός σημείων αναφοράς (bench marketing)
- Η ανάληψη πρωτοβουλιών για ποιοτικές παροχές (quality initiatives)
- Οι διαδικασίες διαπίστευσης (accreditation)
- Η τεκμηριωμένη παροχή φροντίδας (evidence - based care).(Πετράκη, 2008)

Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επίτευξη υψηλής ποιότητας υπηρεσιών είναι η ικανή ηγεσία, η προσήλωση στο στόχο, η ασθενοκεντρική θεώρηση των προβλημάτων, η διαρκής προσπάθεια για βελτίωση, η υποστήριξη και εκπαίδευση των εργαζομένων, οι προληπτικές δράσεις, η ομαδική εργασία και μια σειρά ακόμη από σημαντικές παραμέτρους. Η διασφάλιση της ποιότητας αποσκοπεί στην επίτευξη τεσσάρων σημαντικών στόχων:

- Ο ασθενής θα λάβει όλες τις αναγκαίες και κατάλληλες υπηρεσίες ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα
- Θα εξασφαλιστούν τα μέγιστα οφέλη με το μικρότερο δυνατό κόστος.
- Θα μειωθεί στο ελάχιστο η πιθανότητα να προκαλέσει η θεραπευτική παρέμβαση αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς
- Θα εξασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από τη λήψη της φροντίδας.

Δεν είναι απαραίτητο η κάθε διαδικασία διασφάλισης ποιότητας να εγγυάται και τις τέσσερις κατευθύνσεις. (Κοράκη και Πέππας, 2013).

Η έννοια της **διασφάλισης** της ποιότητας συγγέεται συχνά με αυτή της **βελτίωσης** της ποιότητας. Ωστόσο, πρόκειται για δύο έννοιες που έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά. Η διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει την έννοια της εξάλειψης των ελαττωμάτων. Στην περίπτωση της παροχής υπηρεσιών υγείας τα ελαττώματα αφορούν στην ανεπάρκεια κατά την επιτέλεση ενός έργου ή μιας υπηρεσίας. Χρησιμοποιούνται πρότυπα απόδοσης και σε περίπτωση που αυτά δεν τηρούνται, πραγματοποιούνται παρεμβάσεις για να διορθωθούν οι μη αποδεκτές διακυμάνσεις. Αντίθετα, η βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνει ένα σύνολο κοινών χαρακτηριστικών όπως:

- Άμεση σύνδεση με τον στρατηγικό σχεδιασμό του οργανισμού.
- Η κορυφαία ηγεσία του οργανισμού απαρτίζει το συμβούλιο ποιότητας.

- Μηχανισμοί για τη δημιουργία ευκαιριών βελτίωσης.
- Προγράμματα μετεκπαίδευσης του προσωπικού.
- Δημιουργία ομάδων βελτίωσης διαδικασιών.
- Υποστήριξη του προσωπικού για ανασχεδιασμό των διαδικασιών μέσω ενεργούς συμμετοχής (Παπανικολάου, 2007).

Μέχρι σήμερα, οι εθνικοί, ευρωπαϊκοί και διεθνείς υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής δίνουν προτεραιότητα στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, γι' αυτό και είναι ένα από τα πιο συχνά συζητούμενα θέματα στις αρχές της πολιτικής υγείας. Η Εθνική Ακαδημία Ιατρικής των ΗΠΑ έχει δημιουργήσει μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους για την αξιολόγηση της ποιότητας της ιατρικής θεραπείας (Insitute of Medicine , 2004). Η υγεία είναι δημόσιο αγαθό, επομένως θα πρέπει να υπάρχει εθνική δέσμευση για την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό είναι μόνο ένα από τα πολλά επιχειρήματα υπέρ της προαγωγής της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο (Busse, et al., 2019).

Για παράδειγμα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θεωρεί την ποιότητα ως κρίσιμο παράγοντα στην απόδοση του συστήματος υγείας (OECD, 2016), ο οποίος ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο τα συστήματα υγείας επιτυγχάνουν τους στόχους τους. Η επείγουσα ανάγκη επίτευξης παγκόσμιας κάλυψης υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε ποιοτικές βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και της πρόσβασης σε ασφαλή, αποτελεσματικά, ποιοτικά και οικονομικά βασικά φάρμακα και εμβόλια, ωθεί την εστίαση στην ποιότητα σε διεθνές επίπεδο στο πλαίσιο των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης. Οι μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που εκδόθηκαν το 2018 αντικατοπτρίζουν αυτές τις ίδιες προοπτικές, παρέχοντας ένα εγχειρίδιο εθνικών πολιτικών και σχεδίων ποιότητας και έναν οδηγό που υποστηρίζει μια παγκόσμια κατανόηση της ποιότητας ως μέρος των στόχων παγκόσμιας κάλυψης υγείας. Η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη είναι μια πολύπλευρη έννοια, το νόημα της οποίας έχει αλλάξει σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Οι επαγγελματίες του κλάδου και οι ακαδημαϊκοί που δραστηριοποιούνται στο χώρο της εκπαίδευσης κατέληξαν στους πρώτους ορισμούς της άριστης υγειονομικής περίθαλψης. Ίσως ο πιο συνηθισμένος ορισμός του IOM που εμφανίζεται σε αυτό το πλαίσιο είναι αυτός που παρέχεται από το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM). Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τον πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπής με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση», ένας ορισμός που

δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά το 1990 και αναφέρεται από Chung & Shauver (2008). Τα αποτελέσματα υγείας που δίνουν προτεραιότητα στην ικανοποίηση και την ασφάλεια των ασθενών είναι ο απώτερος στόχος. Ο ορισμός του IOM υπογραμμίζει επίσης τη σύνδεση μεταξύ της ποιότητας και της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας και του τρόπου με τον οποίο παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες σε ανθρώπους και κοινότητες (όχι μόνο στους ασθενείς). Η παροχή περίθαλψης πρέπει να βασίζεται σε τεκμήρια, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη για σύγχρονες επαγγελματικές γνώσεις. Εξαιτίας αυτού, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αξιολογήσουν το τρέχον επίπεδο γνώσης προκειμένου να παρέχουν υπηρεσίες που πληρούν τα κριτήρια ποιότητας. Οι απόψεις και οι προτιμήσεις των ασθενών, του κοινού και άλλων ενδιαφερόμενων μερών για την υγειονομική περίθαλψη θεωρούνται όλο και περισσότερο ως κρίσιμοι παράγοντες για τη θέσπιση προτύπων. (Chung and Shauver, (2008).

Κατευθυντήριες γραμμές ποιότητας. Η εφαρμογή των δραστηριοτήτων ποιότητας σε έναν οργανισμό, δε γίνεται χωριστά από τις λειτουργίες του αλλά αντίθετα ενσωματώνεται σε όλα τα προγράμματα και τις δραστηριότητες. Όπως είναι λογικό, ο δρόμος προς την καθιέρωση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας μπορεί να είναι σύνθετος και πολύπλοκος και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για να καθιερωθεί η ποιότητα σε έναν οργανισμό κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες:

- Εσωτερικό περιβάλλον υποστήριξης.
- Οργανωτική δομή.
- Υποστηρικτικές λειτουργίες.

Τα βασικά στοιχεία του **εσωτερικού περιβάλλοντος υποστήριξης** είναι η πολιτική του, οι αξίες του οργανισμού, η ηγεσία και η κατανομή των απαραίτητων πόρων. Ο όρος «πολιτική» αναφέρεται στις ευρείες πολιτικές του οργανισμού (όπως η δήλωση της αποστολής του) και αποτελεί ένα σχέδιο δράσης που επηρεάζει και καθορίζει τις αποφάσεις και τις διαδικασίες μένοντας προσανατολισμένο πάντα στα τελικά αποτελέσματα.

Οι αξίες του οργανισμού δηλώνουν τι είναι θεμελιώδεις στην έννοια της ποιότητας σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον και πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών. Για να επιτευχθεί η βέλτιστη επίδοση θα πρέπει να ευθυγραμμίζονται οι αξίες των

εργαζομένων με τις αξίες του οργανισμού ώστε να συνεισφέρουν στους ίδιους στόχους. Η ηγεσία πρέπει να μπορεί να στηρίξει την ικανότητα του προσωπικού να διασφαλίσει ή να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης μέσα από τη γνωστοποίηση ενός ξεκάθαρα οράματος και την παροχή των μέσων για την υλοποίησή του. Οι απαραίτητοι πόροι (ανθρώπινοι, υλικοί και οικονομικοί) σε μερικά συστήματα υγείας είναι αρκετά περιορισμένοι. Σ αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, να γίνει σωστή διαχείριση και κατανομή των πόρων ώστε να εξασφαλιστεί η υψηλότερη δυνατή ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης. **Η οργανωτική δομή** αντικατοπτρίζει την ανάθεση ρόλων και ευθυνών που διασφαλίζουν την ποιότητα στην περίθαλψη. Η δομή μέσω της οποίας οργανώνεται και εφαρμόζεται η διασφάλιση της ποιότητας ενδέχεται με το πέρασμα του χρόνου να αλλάξει, μέχρι που η ποιότητα θα ενσωματωθεί στις καθημερινές λειτουργίες του οργανισμού και σταδιακά ο κάθε εργαζόμενος θα έχει ένα μερίδιο ευθύνης για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στον τομέα που του αναλογεί.

Οι υποστηρικτικές λειτουργίες διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: α) ανάπτυξη ικανοτήτων στη διασφάλιση ποιότητας μέσα από την εκπαίδευση και κατάρτιση τόσο των εργαζομένων όσο και της διοίκησης. β) πληροφόρηση και επικοινωνία για το ποιοι είναι οι στόχοι της μάθησης και για την υποστήριξη της ποιότητας. γ) αναγνώριση και ανταμοιβή των συλλογικών και ατομικών προσπαθειών για τη βελτίωση της ποιότητας (Παπανικολάου, 2007).

1.2 Η ποιότητα της υγείας στην ιστορία

Η αναζήτηση της ποιότητας απασχολεί τις ανθρώπινες κοινωνίες από την αρχαιότητα όπως αποδεικνύεται και από τον όρκο του Ιπποκράτη τον 5ο π.Χ. αιώνα που συνεχίζει να εμπνέει και να αποτελεί παράδειγμα ηθικής και δεοντολογίας. Η πρώτη απόπειρα καταγραφής και αξιοποίησης τεκμηρίων με σκοπό τη βελτίωση της περίθαλψης αναφέρεται κατά τη διάρκεια διεξαγωγής του Κριμαϊκού πολέμου, τη δεκαετία του 1850, όπου η Florence Nightingale, η γυναίκα που θεμελίωσε το επάγγελμα των νοσηλευτών, έδειξε ότι η καθαριότητα και υγιεινή μείωσαν τα ποσοστά θανάτου μεταξύ των τραυματισμένων στρατιωτών. Για πρώτη φορά χρησιμοποίησε επιδημιολογικά στοιχεία

ώστε να βελτιώσει την παροχή υπηρεσιών υγείας παρά τις ποικίλες αντιδράσεις και επικρίσεις που δέχτηκε από το περιβάλλον της (Ρίκος, 2015).

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, ο χειρουργός Ernest Avery Codman είναι ο πρώτος που καθιέρωσε το follow-up στο νοσοκομείο της Μασαχουσέτης καθώς είχε μεθοδεύσει την επανεξέταση του ασθενούς ένα χρόνο μετά από το χειρουργείο ώστε να διαπιστωθούν τα οφέλη και οι πιθανές επιπλοκές εστιάζοντας έτσι στο τελικό αποτέλεσμα της περίθαλψης. Στη συνέχεια, το 1918, το Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρουργών θέσπισε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program), ενώ το 1952 ιδρύεται η Επιτροπή Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός που αποστολή του είχε την αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας των νοσοκομείων. Στην Αμερική, μεταξύ 1960-1970 μέσα από ένα πλαίσιο αξιολόγησης και διασφάλισης ποιότητας, καθιερώθηκε η υποχρεωτική πιστοποίηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας από την Joint Commission on Accreditation of Health Organizations χρησιμοποιώντας ως δείκτες τη διάρκεια νοσηλείας και τις νέες εισαγωγές. Ο **Avedis Donabedian** σε μια προσπάθεια μελέτης και καταγραφής όλης αυτής της πορείας για την κατάκτηση της ποιότητας από το 1954-1984 θέσπισε ένα πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας το οποίο ορίζει τρεις βασικές συνιστώσες:

- Σωστές δομές
- Καλές διαδικασίες
- Κατάλληλα αποτελέσματα (Παπανικολάου, 2007)

Ο ποιοτικός συντονισμός μεταξύ των υπουργών υγείας της ΕΕ ξεκίνησε το 1998, κατά τη διάρκεια της Αυστριακής Προεδρίας της ΕΕ. Στη συνέχεια, διεξήχθη έρευνα για την πολιτική ποιότητας στις υπό ένταξη χώρες στην ΕΕ. Η Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια των Ασθενών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και η Σύσταση του 2006 του Συμβουλίου της Ευρώπης για την ασφάλεια των ασθενών και τα ανεπιθύμητα συμβάντα στην υγειονομική περίθαλψη ώθησαν τη δράση της ΕΕ για να δοθεί προτεραιότητα στην ασφάλεια των ασθενών ως ποιοτικό κριτήριο. Για τη βελτίωση της κινητικότητας των ασθενών, η Ομάδα Υψηλού Επιπέδου για τις Υπηρεσίες Υγείας και την Ιατρική Περίθαλψη (2004) δημιούργησε μια ομάδα εργασίας για να εξετάσει τρόπους βελτίωσης της συνεργασίας μεταξύ των συστημάτων υγείας στα διαφορετικά κράτη μέλη. Ως απάντηση, το 2009, το Συμβούλιο εξέδωσε σύσταση για την ασφάλεια των ασθενών που περιλάμβανε μέτρα για τη μείωση της εξάπλωσης των λοιμώξεων σε νοσοκομειακά

περιβάλλοντα (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009). Για να μεγιστοποιηθεί η συνεργασία και η αμοιβαία βοήθεια της ΕΕ και να αυξηθεί η εμπιστοσύνη των ασθενών ενισχύοντας τις πληροφορίες για την ασφάλεια του συστήματος υγείας, και οι δύο συμφωνίες στόχευαν στη δημιουργία μιας ενοποιημένης, γενικής πολιτικής της ΕΕ που θα βοηθούσε τα κράτη μέλη να εφαρμόσουν τις δικές τους εθνικές και περιφερειακές πολιτικές για την ασφάλεια των ασθενών (Bertinato et al., 2005).

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο και έχει συνδράμει σημαντικά στις προσπάθειες των εθνικών και διεθνών οργανισμών για την ποιοτική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη συγκριτική μελέτη μεταξύ των διαφόρων εθνικών συστημάτων υγείας. Το 2001, στην Ottawa ξεκίνησε ένα Πρόγραμμα Δεικτών Ποιότητας με σκοπό την αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης. Από ομάδα εμπειρογνομόνων αναπτύχθηκαν δείκτες ποιότητας που αναφέρονται σε συγκεκριμένα νοσήματα όπως ο καρκίνος ή κάποιες καρδιαγγειακές παθήσεις καθώς και άλλοι που αφορούν στην ασφάλεια και στην ικανοποίηση του ασθενούς. Τα στοιχεία που συλλέγονται από τον ΟΟΣΑ δημοσιοποιούνται από το 2012 στη σειρά Health at a Glance όπου κοινοποιούνται κριτικές χωρών αλλά και συγκριτικές μελέτες μεταξύ αυτών. Με την υποστήριξη του προγράμματος δημόσιας υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και με βάση τις κριτικές των χωρών, ο ΟΟΣΑ το 2017 ανέπτυξε και νέους δείκτες υγείας που αναφέρονται στην ικανοποίηση των ασθενών (PREMs) και στην αυτοαξιολόγηση της ποιότητας της υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς (PROMs). (OECD,2017)

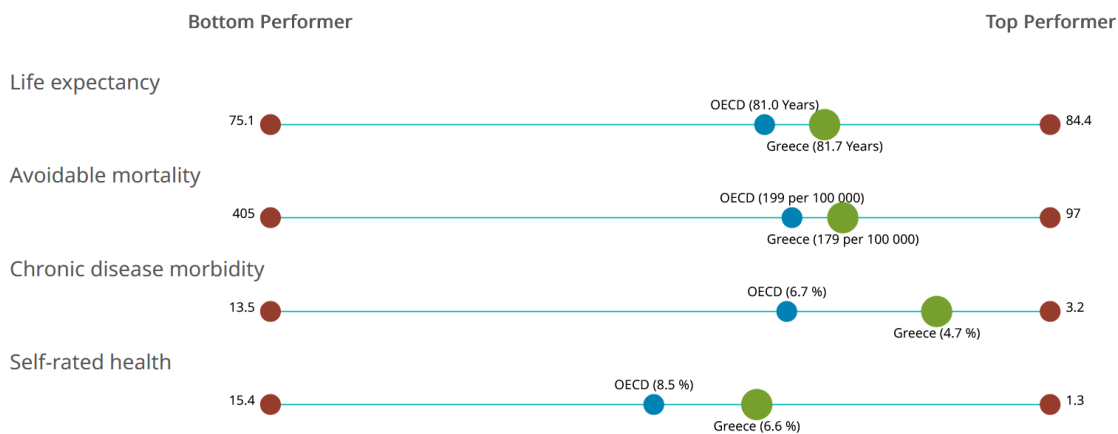
Οι παρακάτω δείκτες αφορούν στη χώρα μας και συγκεκριμένα στην αυτοαξιολόγηση της ποιότητας της υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς και στην ικανοποίηση των ασθενών από το ποσοστό κάλυψης των αναγκών τους.

Health at a Glance

Health status Risk factors Access to care Quality of care Health care resources COVID-19

Highlight a country: Greece

Health status

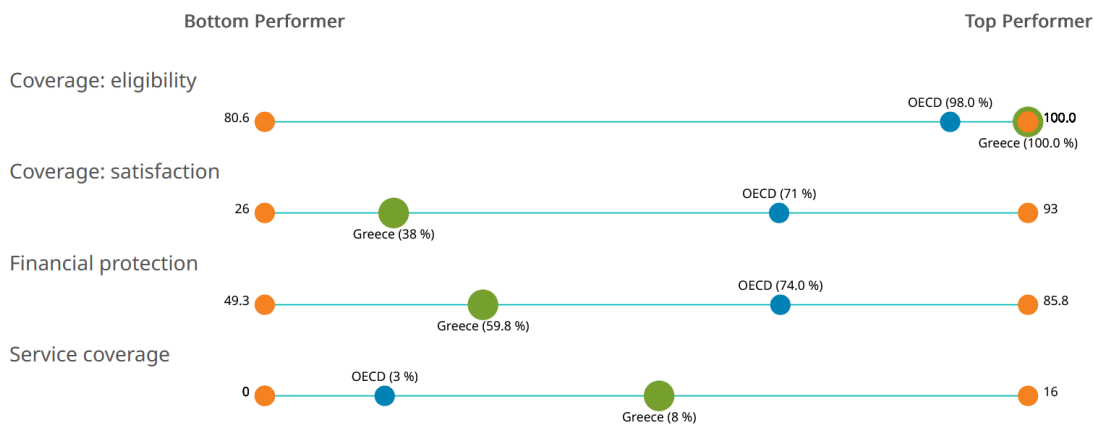


Health at a Glance

Health status Risk factors Access to care Quality of care Health care resources COVID-19

Highlight a country: Greece

Access to care



Εικόνα 1.1. Αυτοαξιολόγηση της ποιότητας της υγείας από τους ασθενείς και ικανοποίηση αυτών από το ποσοστό κάλυψης των αναγκών τους (OECD, 2021).

1.3 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας

Η έννοια της **αξιολόγησης** και της **μέτρησης** της ποιότητας συγχέονται συχνά αλλά στην ουσία απέχουν σημαντικά. Η μέτρηση αποβλέπει στην αποκόμιση βαθμολογίας για μια μεταβλητή ενώ η αξιολόγηση αναφέρεται στη διαμόρφωση κρίσης σχετικά με την απόδοση, ξεκινά με την πρόσβαση του ασθενή στο σύστημα φροντίδας υγείας και τελειώνει κατά τη διαδικασία εξιτηρίου. (Παπανικολάου, 2007).

1.3.1 Η ποιότητα ως μετρήσιμο μέγεθος

Η ποιότητα σύμφωνα με τον Donabedian είναι απτή και μπορεί να μετρηθεί. Ο χρόνος αναμονής των ασθενών, η ισοτιμία στην πρόσβαση, η ικανοποίηση των ασθενών, ο ανθρωποκεντρικός προσανατολισμός των υπηρεσιών και πολλές άλλες διαδικασίες ποσοτικοποιούνται, μετρούνται και αξιολογούνται με σκοπό τη συνεχή βελτίωσή τους. Στο πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας εφαρμόζονται συγκεκριμένα **συστήματα ποιότητας** σύμφωνα με τα οποία, συγκεκριμένες διεργασίες αποτελούν αντικείμενο μελέτης, μέτρησης, καταγραφής και παρακολούθησης ως προς τα αποτελέσματα και τις επιδόσεις τους. Αυτά τα συστήματα ποιότητας διακρίνονται από τα κριτήρια που χρησιμοποιούν για την αξιολόγηση της οργάνωσης και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας. Στην Ευρώπη, οι βασικοί διακυβερνητικοί συντελεστές για τη βελτίωση της ποιότητας στις παροχές υγείας είναι οι παρακάτω: (Παπανικολάου, 2007)

1. Το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe)
 2. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission)
 3. Το τοπικό γραφείο για την Ευρώπη του Π.Ο.Υ. (W.H.O, Regional Office for Europe).
 4. Η Παγκόσμια τράπεζα
- Αλλά και λιγότερο επίσημα δίκτυα όπως:
1. International Society for Technology Assessment (ICTAHC)
 2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHAO)
 3. International Society of Quality (ISQua)
 4. European Society for Quality of Healthcare (ESQH)
 5. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA)

6. European Organization for Quality (EOQ)
7. European Foundation for Quality Management (EFQM)
8. Cochrane collaboration

Μερικά από τα δημοφιλέστερα συστήματα που χρησιμοποιούνται για τη διασφάλιση της ποιότητας είναι τα παρακάτω: (Παπανικολάου, 2007)

1. **Το βραβείο MBNQA** (Malcom Baldrige National Quality Award) με τα εξής κριτήρια:

- Ικανότητα ηγεσίας
- Κατάλληλος στρατηγικός σχεδιασμός
- Σωστή διαχείριση της πληροφορίας
- Τρόπος διαχείρισης ανθρωπίνου δυναμικού
- Διαχείριση και αποτελέσματα διαδικασιών
- Προσήλωση στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών

2. **Το βραβείο EQA (European Quality Award)** που δόθηκε για πρώτη φορά από το Ίδρυμα EFQM (European Foundation for Quality Management) το 1992. Τα βασικά κριτήριά του είναι τα εξής:

- Ηγετική ικανότητα. Αν και κατά πόσο υπάρχει σαφές όραμα που στοχεύει στην ολική ποιότητα και τη διαρκή βελτίωση.
- Διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού ώστε να αποδίδουν οι εργαζόμενοι τα μέγιστα και ταυτόχρονα να δηλώνουν ικανοποιημένα μέλη του οργανισμού.
- Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών και το ποσοστό κάλυψης των αναγκών τους
- Στρατηγική και πολιτική. Ποια είναι η αποστολή και το όραμα του οργανισμού, και σε ποιες αξίες στηρίζεται.
- Ορθή αξιοποίηση των πόρων με στόχο τη βέλτιστη απόδοση.
- Διαδικασίες. Πώς ένας οργανισμός οργανώνει και συντονίζει τις υπηρεσίες του και τον τρόπο λειτουργίας του.

- Κοινωνική συνεισφορά. Πόσο ωφέλιμη είναι η λειτουργία του οργανισμού για το τοπικό και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.
- Αποτελεσματικότητα του οργανισμού και ποσοστό επίτευξης των αρχικών στόχων

3. **Ο Διεθνής Οργανισμός Προτυποποίησης ISO** (International Organization for Standardization). Η σειρά προτύπων ISO 9000 αξιολογεί και πιστοποιεί την ποιότητα των οργανισμών και δίνει αυξημένη βαρύτητα στην ικανοποίηση των πελατών ή των ασθενών όταν πρόκειται για συστήματα υγείας, καθώς και των υπολοίπων που εμπλέκονται στις διαδικασίες όπως ο κρατικός μηχανισμός και τα ασφαλιστικά ταμεία. Αυτό το μοντέλο αξιολόγησης δίνει έμφαση στις εξής παραμέτρους:

- Ευθύνες διοίκησης
- Διαχείριση πόρων
- Υλοποίηση, παραγωγή προϊόντων
- Μέτρηση, ανάλυση και βελτίωση

4. **Το βραβείο Deming** που καθιερώθηκε το 1951. Βασίζεται σε τέσσερις κατηγορίες βελτίωσης της ποιότητας:

- Ενέργειες που αφορούν την ικανοποίηση του ασθενούς
- Ενέργειες που ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή των εργαζομένων σε όλες τις φάσεις του προγράμματος
- Ενέργειες που αφορούν τον τρόπο λειτουργίας και το ρόλο της ανώτατης διοίκησης
- Ενέργειες που αφορούν την εκπαίδευση.

5. **Το Σουηδικό Βραβείο Ποιότητας (Swedish Institute for Quality)** που καθιερώθηκε το 1992. Τα κριτήριά του είναι παρόμοια με αυτά του βραβείου Malcom Baldrige και περιέχει επιπλέον στοιχεία εξέτασης που αφορούν την προστασία του περιβάλλοντος.

6. **Το υπόδειγμα OAKLAND** (1989) δίνει προτεραιότητα στις ανάγκες και στην ικανοποίηση των ασθενών, στη βελτίωση των διαδικασιών, στην καθιέρωση συστημάτων

ποιότητας, στην εκπαίδευση του προσωπικού και ενδυνάμωση των στελεχών ώστε να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις ενός προγράμματος ολικής ποιότητας.

Με σκοπό τη δημιουργία ενός ενιαίου πλαισίου διαχείρισης ποιότητας, στην Ευρώπη, οι αρμόδιοι υπουργοί συνέταξαν το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (Common Assessment Framework) που προσφέρει άμεσα στο δημόσιο τομέα τη δυνατότητα μιας οργανωτικής αυτό-αξιολόγησης. Τα βασικά κριτήρια του πλαισίου είναι τα εξής:

1. Ηγεσία
2. Στρατηγική και προγραμματισμός
3. Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού
4. Εξωτερικές συνεργασίες και πόροι
5. Διοίκηση διαδικασιών και αλλαγών
6. Αποτελέσματα προσανατολισμένα προς τον πελάτη
7. Αποτελέσματα για το ανθρώπινο δυναμικό
8. Αποτελέσματα για την κοινωνία
9. Κύρια αποτελέσματα (Παπανικολάου, 2007)

1.3.2 Αξιολόγηση της ποιότητας

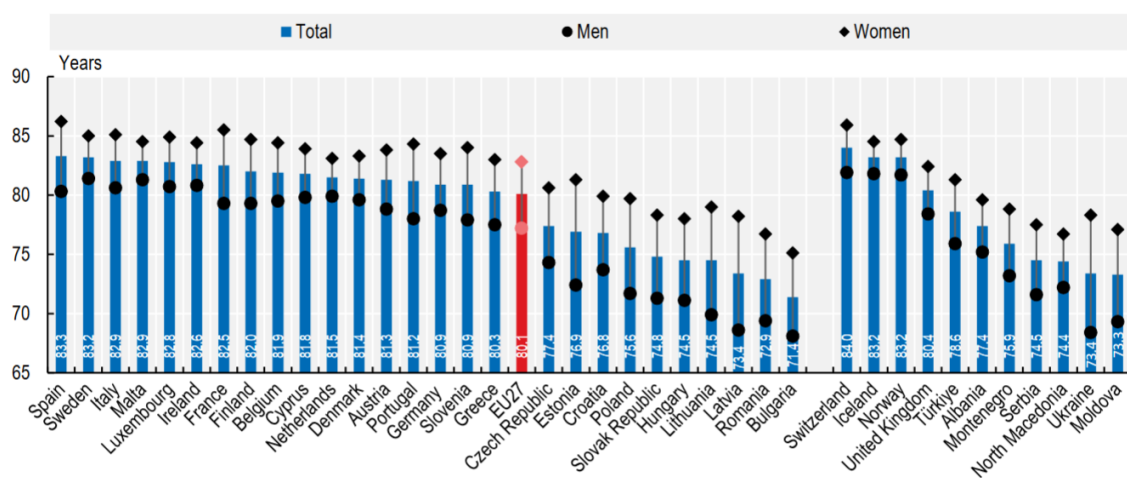
Η αξιολόγηση αποτελεί μια μακρά διαδικασία, απαιτεί τη διαμόρφωση κρίσεων για τα αποτελέσματα των μετρήσεων κάποιων πλευρών της περίθαλψης και την εντατική αξιοποίηση των πόρων. Η αξιολόγηση μπορεί να είναι αναδρομική εκτίμηση των ενεργειών και αποτελεσμάτων ή ταυτόχρονη παρακολουθώντας τα άτομα ή τον οργανισμό που αξιολογείται. Τα αποτελέσματά της μπορεί να οδηγήσουν σε ολική διακοπή και απόρριψη ενός προγράμματος, σε μετατροπές και βελτιώσεις διαδικασιών, σε ανακατανομή των περιορισμένων πόρων ή σε εφαρμογή ενός πετυχημένου προγράμματος και σε άλλους τομείς. Η αξιολόγηση γίνεται με τη βοήθεια αναλυτικών μεθόδων (διερευνητικές, αιτιολογικές αναλύσεις, επιβεβαιωτικές, μετα-ανάλυση κλπ) (Παπανικολάου, 2007)

1.3.3 Μέτρηση της ποιότητας

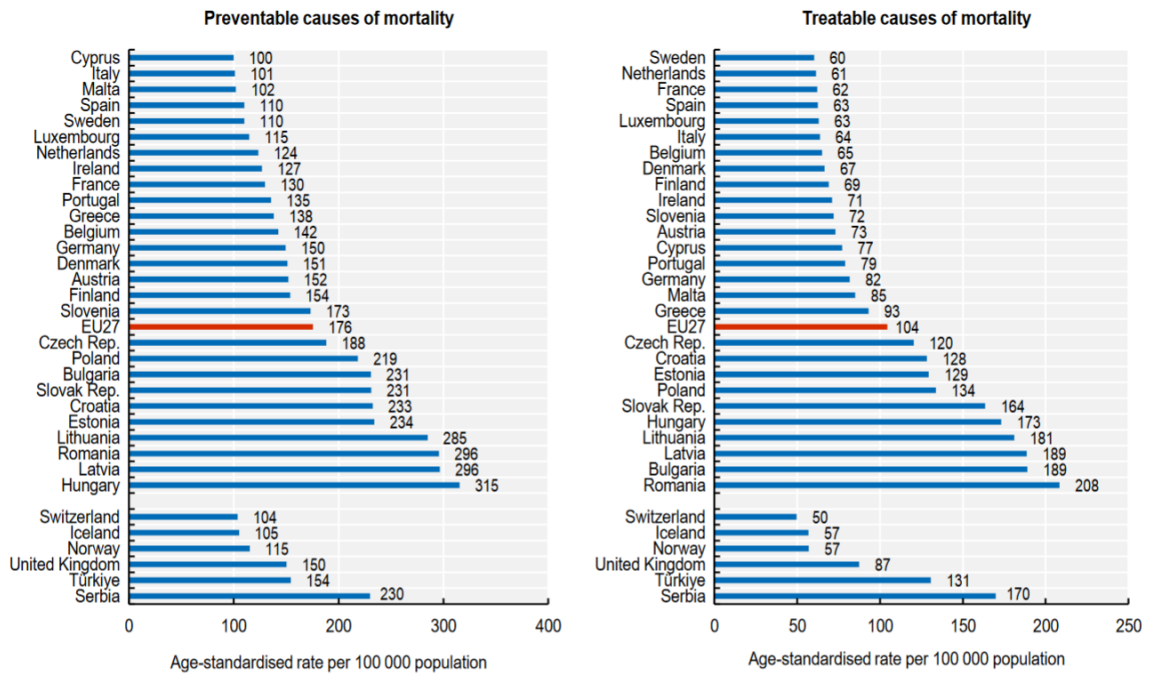
Η πολυπλοκότητα της μέτρησης της ποιότητας στην υγεία απαιτεί την αυστηρή μέτρηση καταγραφή και αξιολόγηση των παραμέτρων που την ορίζουν. Για αυτό το σκοπό, τις τελευταίες δεκαετίες όλο και περισσότερο χρησιμοποιείται πλήθος **δεικτών μέτρησης ποιότητας**. Όλες οι παράμετροι ποσοτικοποιούνται μετριούνται και αξιολογούνται. Ως **δείκτης υγείας** (health indicator) ορίζεται ένα σύνολο πληροφοριών από στατιστικά δεδομένα για την υγεία τα οποία συλλέγονται με ειδική μεθοδολογία που εξασφαλίζει τη συγκρισιμότητα αυτών των αποτελεσμάτων και προσδιορίζει το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ οι κύριοι δείκτες που αποτυπώνουν σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού είναι τρεις: ο **δείκτης νοσηρότητα, θνησιμότητας και προσδόκιμου ζωής**. (Παχουνδάκης και Πίτσου 2020)

Με βάση αυτούς τους δείκτες οι ευρωπαϊκές χώρες κατατάσσονται ως εξής:

Figure 3.1. Life expectancy at birth, by gender, 2021 (or nearest year)



Εικόνα 1.2. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ευρώπη (OECD, 2022)



Εικόνα 1.3. Θνησιμότητα στην Ευρώπη από παθήσεις που μπορούσαν να προβλεφθούν ή να θεραπευτούν (OECD, 2022)

Σύμφωνα με τον Donabedian οι **δείκτες ποιότητας** κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες:

- **Δείκτες δομής:** Επαρκείς και ασφαλείς κτηριακές εγκαταστάσεις, εύκολα προσβάσιμες, επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, επάρκεια προσωπικού ανάλογη με τον αριθμό των ασθενών, συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζομένων, ικανοποιητικές αμοιβές.
- **Δείκτες διαδικασιών:** Αριθμός ασθενών που εξυπηρετούνται ανά έτος, χρόνοι αναμονής σε εξωτερικά ιατρεία, σε λίστες χειρουργείων ή σε αναμονή για λήψη ειδικών θεραπειών, παράμετροι που είναι αρκετά δύσκολοι να μετρηθούν.
- **Δείκτες αποτελέσματος:** Χρήση ερωτηματολογίων ή συνεντεύξεων όπου αποτυπώνεται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, η ποιότητα ζωής μετά από τη θεραπεία, τα ποσοστά αναπηρίας και επιβίωσης ανά κατηγορία νοσήματος. (Donabedian, 1996).

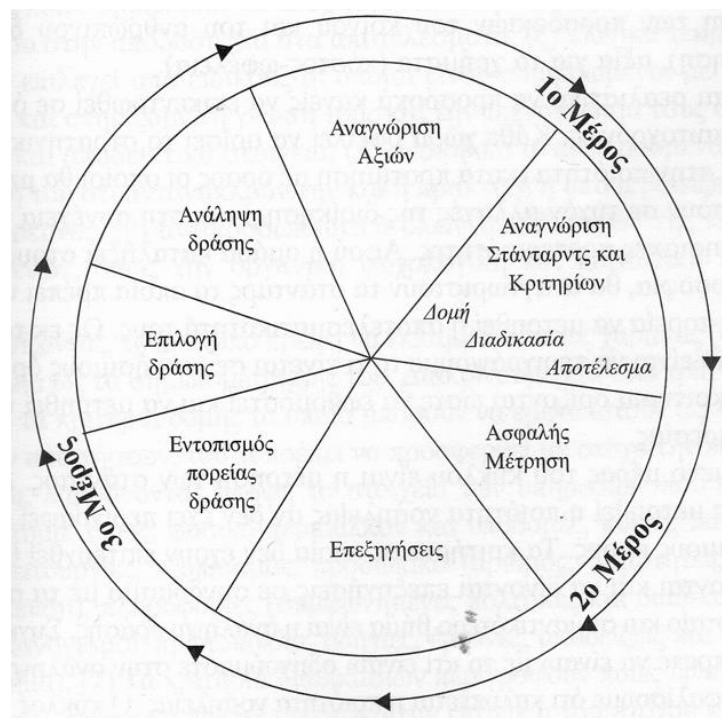
Τα απαραίτητα στοιχεία της μέτρησης είναι σύμφωνα με τον Anderson (1993)

-Τα δεδομένα

-Τα πρότυπα

-Τα κριτήρια

Τα **δεδομένα** που θα χρησιμοποιηθούν εξαρτώνται από τις εκάστοτε συνθήκες. Μπορεί να αφορούν τις δομές, τις διαδικασίες ή τα αποτελέσματα. Τα **πρότυπα** αποτελούν έναν έγκυρο τρόπο ορισμού της οργάνωσης, της αξιολόγησης και του ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Διακρίνουμε τρεις τύπους προτύπων: πρότυπα δομής, διαδικασίας και αποτελεσμάτων. Τα πρότυπα πρέπει να γίνονται οικεία για το κάθε άτομο μέσα στον οργανισμό και να είναι συγκεκριμένα, μετρήσιμα, κατάλληλα, αξιόπιστα και επίκαιρα. Με βάση τα πρότυπα προκύπτουν τα κριτήρια αξιολόγησης της καταλληλότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας μιας υπηρεσίας υγείας. Το παρακάτω σχήμα δείχνει πώς τοποθετούνται τα πρότυπα στον κύκλο της συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης.



Εικόνα 1.4 Κύκλος ποιότητας και τα στάνταρτς (Παπανικολάου, 2007)

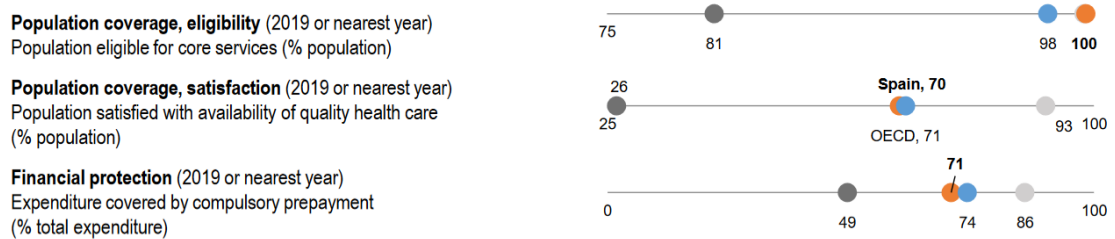
Ο κύκλος ξεκινάει με μια δήλωση αξιών, δηλαδή των «πιστεύω» μας βάσει των οποίων ορίζουμε τους σκοπούς και τους στόχους μας. Στη συνέχεια περιγράφονται με ακρίβεια τα στάνταρτς ώστε να μπορεί να περιγραφεί η ποιότητα με μετρήσιμους όρους και να μετρηθεί. Το επόμενο βήμα είναι η μέτρηση των στάνταρτς. Βάσει αυτών των μετρήσεων εντοπίζονται τα κριτήρια που δεν έχουν επιτευχθεί και αναζητούνται τα αίτια της

αστοχίας. Τελευταίο και πιο σημαντικό βήμα είναι η ανάληψη δράσης. Συγκρίνουμε το τι συμβαίνει με αυτό που θα έπρεπε να συμβαίνει και αναλαμβάνουμε δράση ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τελικά, ο κύκλος επανέρχεται για να επιβεβαιώσει ότι οι απαραίτητες βελτιώσεις έχουν πραγματοποιηθεί και ξεκινάει νέος κύκλος συνεχούς βελτίωσης.

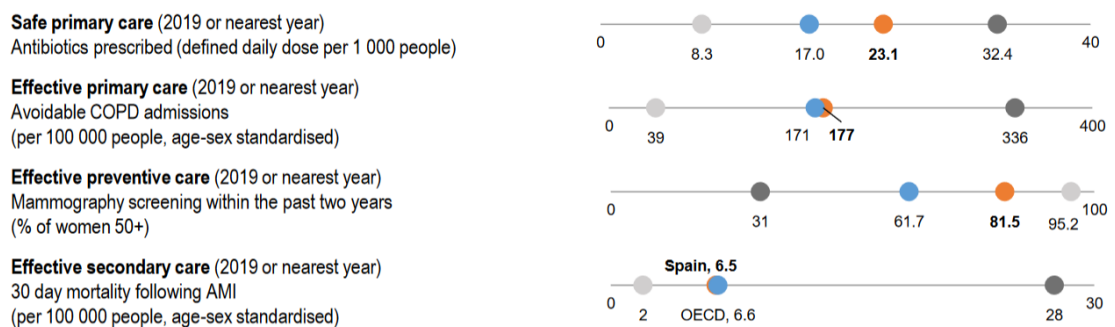
Τα κριτήρια χρησιμοποιούνται για την ερμηνευτική ανάλυση των προτύπων μέσω της οποίας δύναται να γίνει η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιπροσωπεύουν ικανοποιητικές, θετικές ή τέλει καταστάσεις πραγμάτων. Διακρίνονται σε κριτήρια δομής, διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Πρέπει να είναι μετρήσιμα, συγκεκριμένα, σχετικά με την παράμετρο που εξετάζεται, ξεκάθαρα και κατανοητά, εφικτά, κλινικά τεκμηριωμένα, περιοδικά αναθεωρούμενα και αντιπροσωπευτικά (Παπανικολάου, 2007).

Ενδεικτικά, στη συνέχεια παρουσιάζονται ορισμένοι από τους βασικότερους δείκτες ποιότητας:

Population coverage is strong, with relatively high satisfaction and financial protection



Many major indicators of quality of care are good, though rates of antibiotic prescribing are high



- Spain
- OECD
- Highest performer
- Lowest performer

Εικόνα 1.5. Δείκτες ποιότητας που αξιολογούν την περίθαλψη στο ισπανικό Σύστημα Υγείας (OECD, 2021)

1.4 Ορισμός της καθολικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας και η αξιολόγηση αυτής

Η κάλυψη των υπηρεσιών υγείας ορίζεται ως έννοια που εκφράζει το βαθμό της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην υπηρεσία και στα άτομα για τα οποία προορίζεται. Η αλληλεπίδραση αυτή περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της παροχής υπηρεσιών, από την εξασφάλιση των πόρων μέχρι την επίτευξη του επιθυμητού στόχου. Κάθε στάδιο της κάλυψης περιλαμβάνει την υλοποίηση ενός σημαντικού στόχου και μετράται και αξιολογείται ξεχωριστά με βάση το λόγο μεταξύ των ατόμων για τα οποία επιτυγχάνεται ο στόχος και των ατόμων που αποτελούν τον πληθυσμό-στόχο. Κατά τη διαχείριση κάθε βασικής υπηρεσίας υγείας προκύπτουν τρία θεμελιώδη ζητήματα:

-Πώς πρέπει να κατανεμηθούν σωστά οι πόροι ώστε να καλυφθούν όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα;

-Φτάνει η υπηρεσία στον πληθυσμό-στόχο;

-Ποια η αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας ως προς την ικανοποίηση του πληθυσμού;

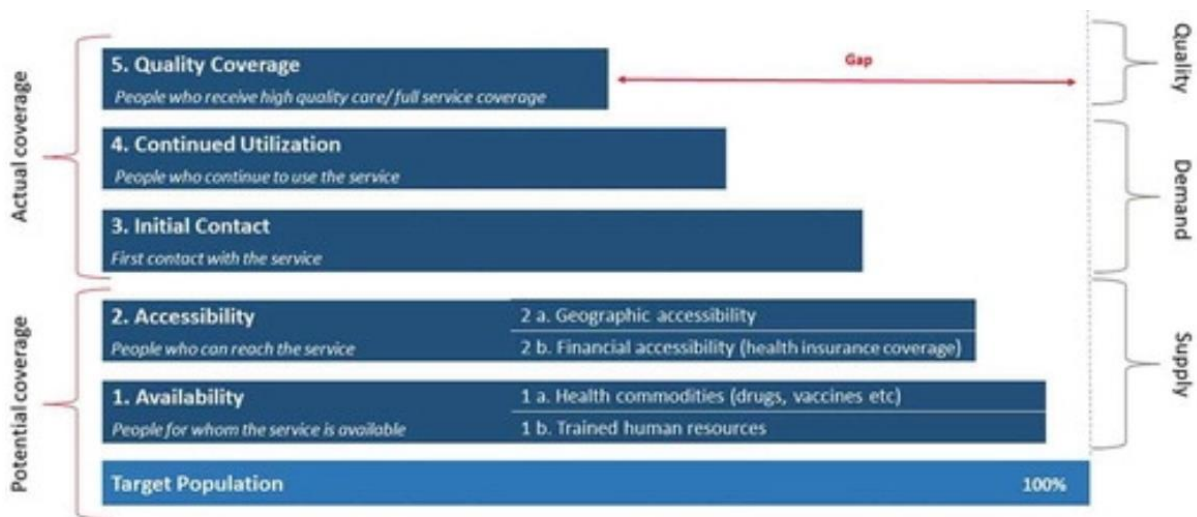
Η κάλυψη εκφράζεται συνήθως με την αναλογία της δυνατότητας μιας υπηρεσίας προς την πραγματική απόδοση αυτής. Δηλαδή των ατόμων που θα μπορούσε να ικανοποιήσει (δυνητική κάλυψη) προς τα άτομα που τελικά ικανοποιεί (πραγματική κάλυψη). Υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ της κάλυψης και της χρησιμοποίησης μιας υπηρεσίας. Η κάλυψη εκφράζει τη σχέση μεταξύ υπηρεσίας και πληθυσμού-στόχου, ενώ η χρησιμοποίηση αναφέρεται μόνο στην υπηρεσία και σχετίζεται μόνο έμμεσα με το μέγεθος του πληθυσμού-στόχου. Έτσι, η υψηλή χρησιμοποίηση μια υπηρεσίας δε συνεπάγεται απαραίτητα και υψηλή κάλυψη, ενώ αντίθετα μπορεί να σημαίνει το αντίθετο.

Η κάλυψη ορίζεται σε 5 στάδια που συντελούν στην επιτυχή παρέμβαση για υγεία:

1. Παροχή των απαραίτητων πόρων, ανθρώπινο δυναμικό, εγκαταστάσεις κλπ (κάλυψη διαθεσιμότητας).
2. Εξασφάλιση της προσβασιμότητας των ατόμων στους διαθέσιμους πόρους (κάλυψη προσβασιμότητας)
3. Η υπηρεσία υγείας πρέπει να είναι αποδεκτή και επιθυμητή και όχι αποτρεπτική προς τη χρήση της λόγω π.χ. υψηλού κόστους (κάλυψη αποδοχής).

4. Ο πραγματικός αριθμός των ατόμων που τελικά ήρθαν σε επαφή με την υπηρεσία σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό-στόχο ονομάζεται κάλυψη επαφής.
5. Η επιτυχία της παρέμβασης και η ικανοποίηση των ατόμων δεν είναι πάντα δεδομένη. Η μέτρηση της ικανοποίησης με συγκεκριμένα κριτήρια ορίζεται ως κάλυψη αποτελεσματικότητας.

Η μέτρηση της κάλυψης προϋποθέτει την περιγραφή με μετρήσιμους όρους της υπηρεσίας που θα προσφέρει την κάλυψη. Περιγράφεται ο στόχος της υπηρεσίας, ο πληθυσμός για τον οποίο προορίζεται και οι βασικοί πόροι που απαιτούνται για τη λειτουργία της. Καθορίζεται επίσης ο τρόπος μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας και ποια είναι τα κριτήρια που θα τη χαρακτηρίσουν ικανοποιητική. Τα 5 στάδια της κάλυψης αξιολογούνται ξεχωριστά ώστε να εντοπιστούν με ακρίβεια τα σημεία συμφόρησης και να αντιμετωπιστούν στοχευμένα. Μονάδα μέτρησης της κάλυψης μπορεί να αποτελεί το άτομο ή το νοικοκυριό, ή ακόμα και το επεισόδιο ή το περιστατικό. Οι πληροφορίες αξιολόγησης αντλούνται από υφιστάμενες πηγές, απογραφικά στοιχεία, έρευνες, αρχεία παροχής υπηρεσιών, από το προσωπικό και τους χρήστες. Η συγκέντρωση αυτών των πληροφοριών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αξιολόγησης της κάλυψης ώστε να καθίσταται δυνατός ο εντοπισμός των σημείων συμφόρησης αλλά και των αιτιών αυτής (Tanahashi, 1978).



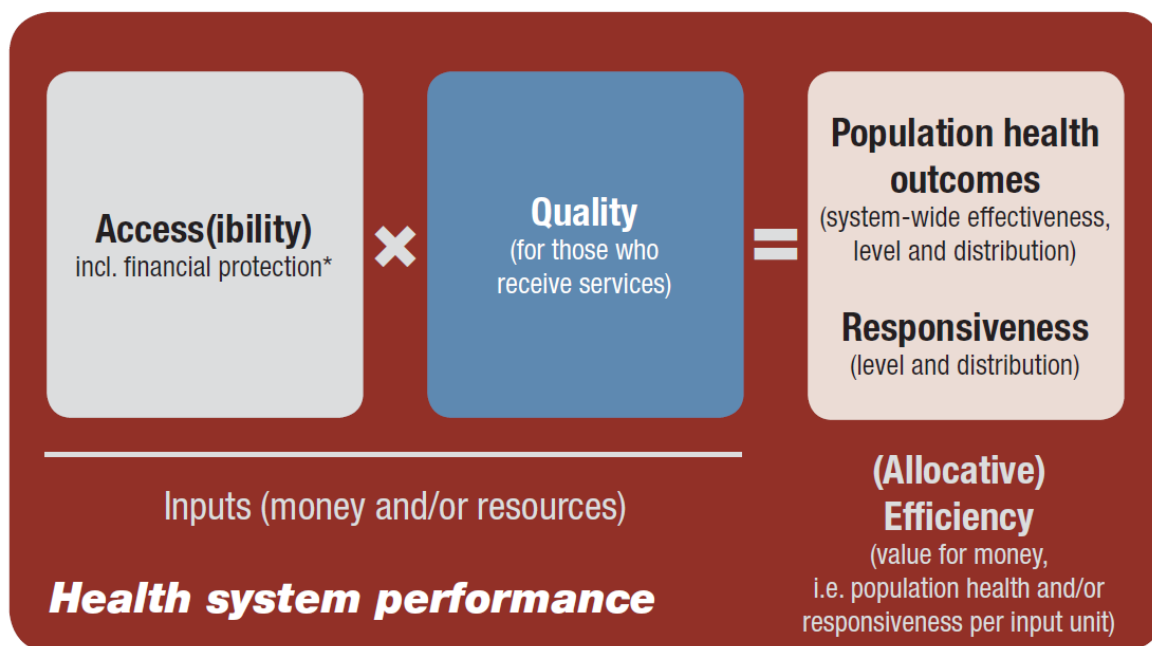
Εικόνα 1.6 Τα πέντε στάδια της κάλυψης σύμφωνα με το μοντέλο Tanahashi (Sheff, 2020)

Το μοντέλο Tanahashi τροποποιήθηκε το 2002 από τον Π.Ο.Υ, τη UNICEF και την Παγκόσμια Τράπεζα με σκοπό να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την εκτίμηση του δυνητικού αντίκτυπου του κόστους και των αναγκών σε πόρους και την ενίσχυση των

εθνικών συστημάτων υγείας. Αυτή η τροποποίηση του μοντέλου που εφαρμόζεται σε περισσότερες από 50 χώρες μετατοπίζει το βάρος της προσοχής από την προσβασιμότητα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αξιολογώντας έτσι την αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας και αναδεικνύοντας τις πιθανές ευκαιρίες βελτιστοποίησης (Sheff, 2020).

1.5 Η προσβασιμότητα ως βασικός δείκτης ποιοτικών παροχών υγείας

Η σχέση ανάμεσα στην προσβασιμότητα και στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης καθώς και ο ακριβής καθορισμός των διαστάσεων που συνθέτουν αυτή την ποιότητα αποτέλεσε και φαίνεται ότι αποτελεί ακόμη πεδίο αντιπαραθέσεων και συζητήσεων στον επιστημονικό κόσμο (WHO, 2019). Το πόσο άρρηκτα συνδεδεμένες είναι αποτυπώνεται με σαφήνεια στον παρακάτω πίνακα του Π.Ο.Υ. όπου φαίνεται ότι η ποιότητα χωρίς τη διάσταση της προσβασιμότητας δεν είναι ικανή να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα και να εξασφαλίσει την ανταποκρισιμότητα ενός συστήματος υγείας.



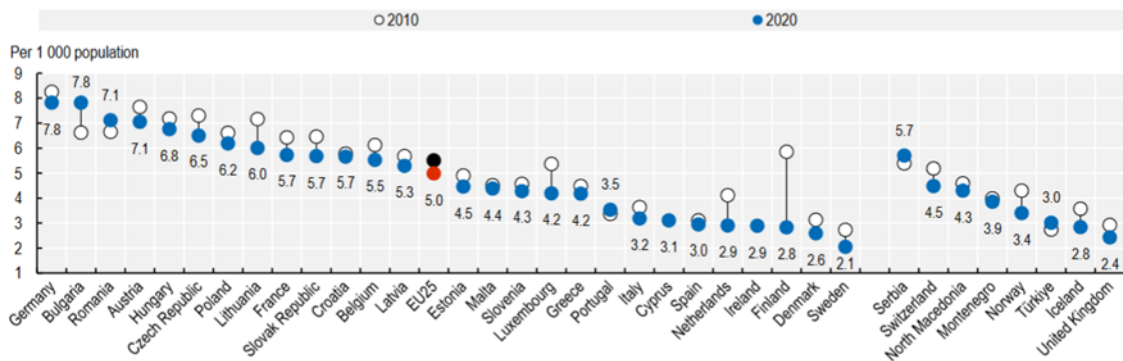
Πίνακας 1.1 Η σχέση μεταξύ απόδοσης ενός συστήματος υγείας και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών (Busse, 2017).

Ακόμη και ο ΟΟΣΑ, αναγνωρίζοντας τη σπουδαιότητα της ισότιμης και καθολικής πρόσβασης και τη σχέση της με την ποιότητα χρησιμοποιεί πλήθος δεικτών που αξιολογούν την προσβασιμότητα σε όλες τις χώρες και μάλιστα σε σχέση με διάφορες

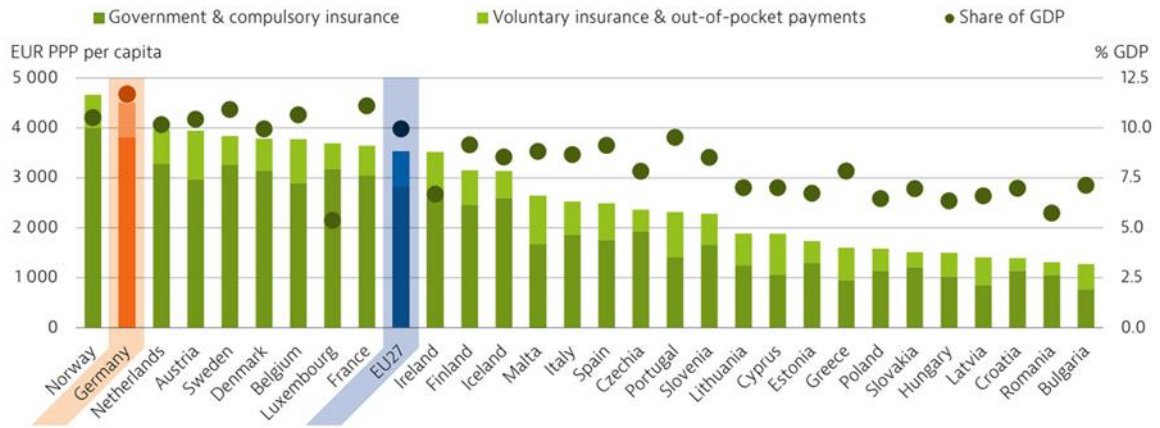
παραμέτρους που την επηρεάζουν όπως η γεωγραφική απόσταση, το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η εθνικότητα, το φύλο και άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά.

Δύο ευρωπαϊκές χώρες που διαθέτουν προηγμένα συστήματα υγείας και έχουν πετύχει πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα στους δείκτες μέτρησης της προσβασιμότητας, η Γερμανία και η Ισπανία, θα αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης στην παρούσα εργασία ώστε να αναδειχθούν οι βέλτιστες πρακτικές που έχουν ακολουθήσει τόσο στη διάσταση της προσβασιμότητας όσο και σε άλλες διαστάσεις που συνθέτουν την ποιότητα σε ένα σύστημα υγείας. Τελικός σκοπός είναι, όπως αναφέρεται και στο ειδικό μέρος που ακολουθεί, η υιοθέτηση και εφαρμογή αυτών των πρακτικών στη χώρα μας σύμφωνα με τις τοπικές συνθήκες και τις παρούσες ανάγκες του πληθυσμού στην Ελλάδα. Στην επιλογή αυτών των χωρών συνετέλεσε επίσης, (πέραν του ικανοποιητικού επιπέδου προσβασιμότητας) και το γεγονός αφ' ενός ότι δεν υπάρχει κάποια χώρα που να βρίσκεται στην πρώτη θέση σε όλες τις μετρήσεις και σε όλους τους δείκτες αξιολόγησης ώστε να μπορέσει να αποτελέσει ιδανικό πρότυπο και παράδειγμα προς μίμηση και αφ' ετέρου ότι οι δύο αυτές χώρες κατέχουν ήδη τις πρώτες θέσεις σε διάφορες κατατάξεις ευρωπαϊκών χωρών που αφορούν σε σημαντικές παραμέτρους, η καθεμιά σε διαφορετικούς τομείς. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω τομείς: το προσδόκιμο ζωής, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία, οι αναφορές για μη ικανοποιημένες ανάγκες, η διαθεσιμότητα κλινών ανά κάτοικο, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, τα ποσοστά θνησιμότητας. Όλα τα ανωτέρω επιβεβαιώνονται και από τους δείκτες που ακολουθούν:

Figure 7.23. Hospital beds per 1 000 population, 2010 and 2020 (or nearest year)



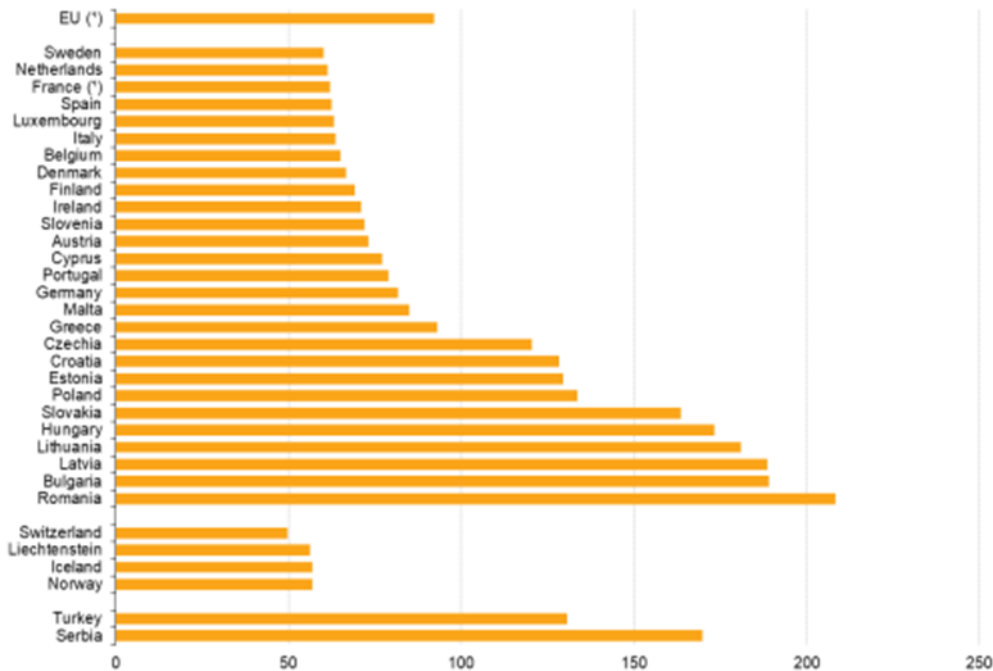
Εικόνα 1.7 Η Γερμανία είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη σε διαθεσιμότητα κλινών ανά κάτοικο (OECD, 2022)



Note: The EU average is weighted.
 Source: OECD Health Statistics 2021 (data refer to 2019, except for Malta 2018).

Εικόνα 1.8 Η Γερμανία ξοδεύει περισσότερα από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (OECD, 2021)

Standardised death rates for treatable diseases/conditions, persons aged less than 75 years, 2019
 (per 100 000 inhabitants)

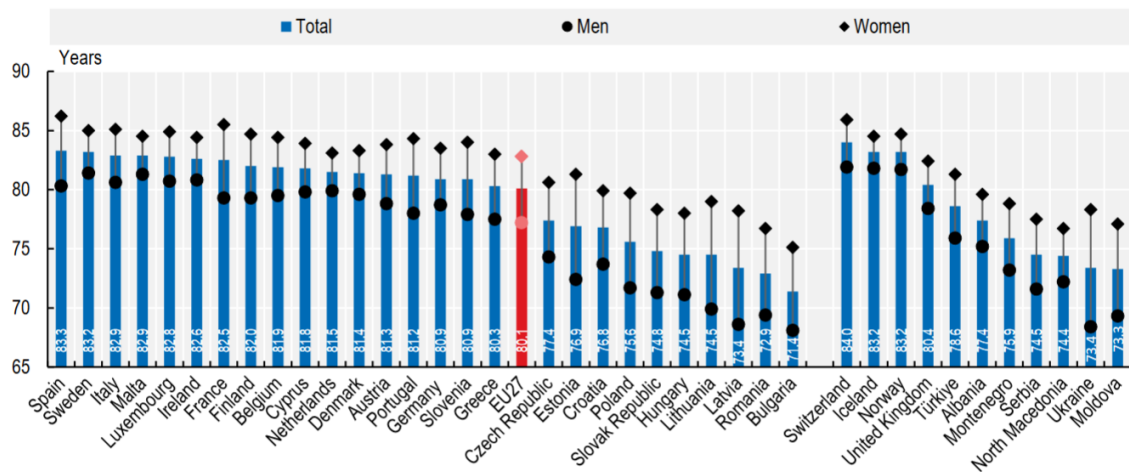


Note: all 2019 data are provisional.
 (*) 2017.
 Source: Eurostat (online data code: hith_cd_apr)

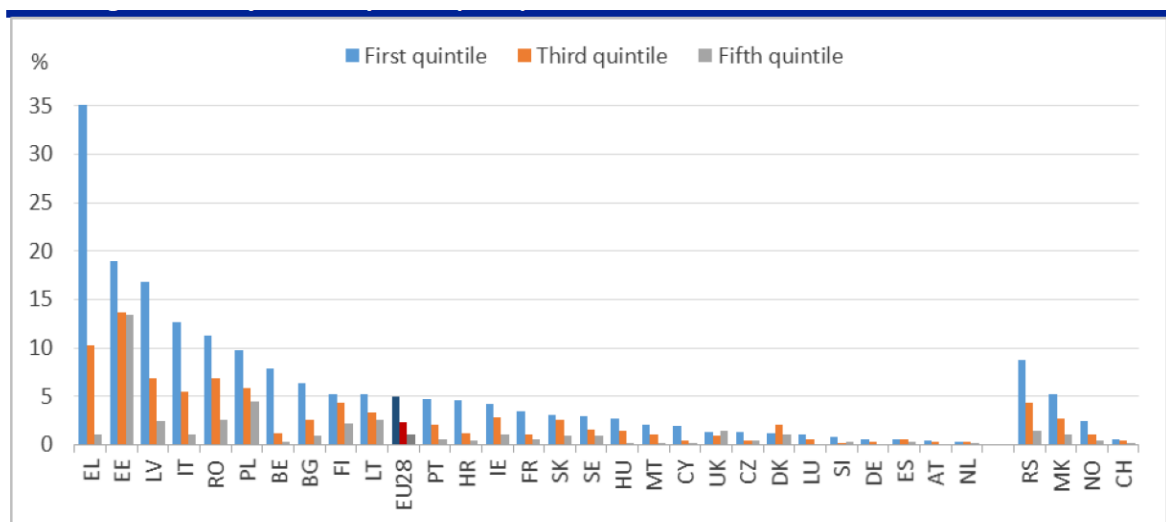
eurostat

Εικόνα 1.9 Ποσοστά θνησιμότητας στις ευρωπαϊκές χώρες για το 2019 (Eurostat, 2022)

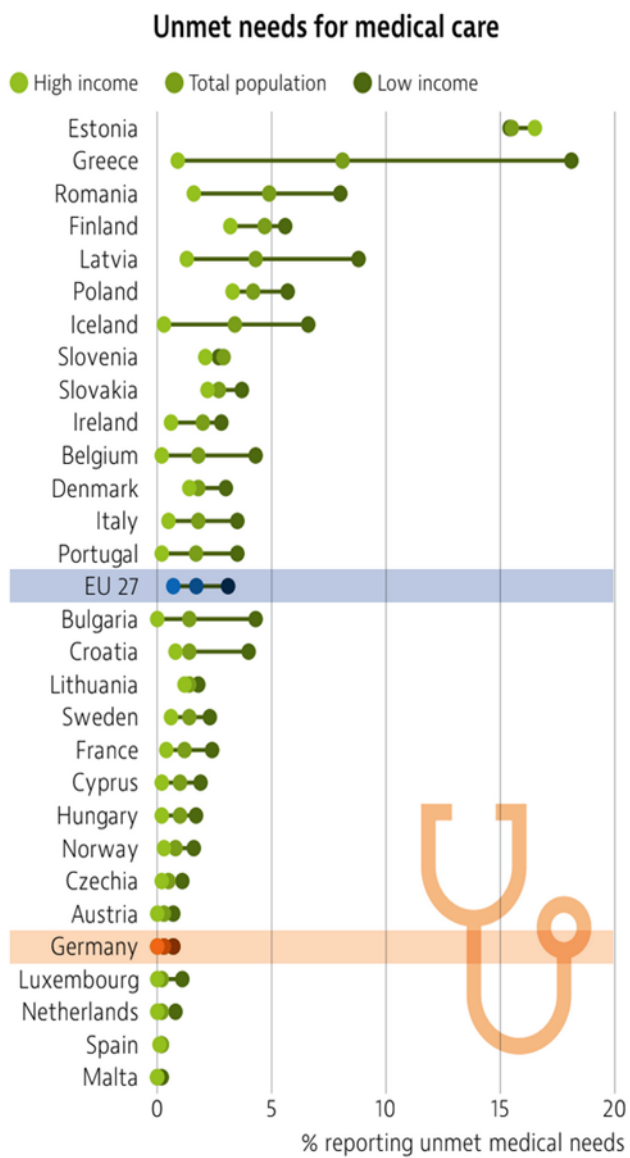
Figure 3.1. Life expectancy at birth, by gender, 2021 (or nearest year)



Εικόνα 1.10 Προσδόκιο ζωής κατά τη γέννηση στις ευρωπαϊκές χώρες ανάλογα με το φύλο (OECD, 2022)

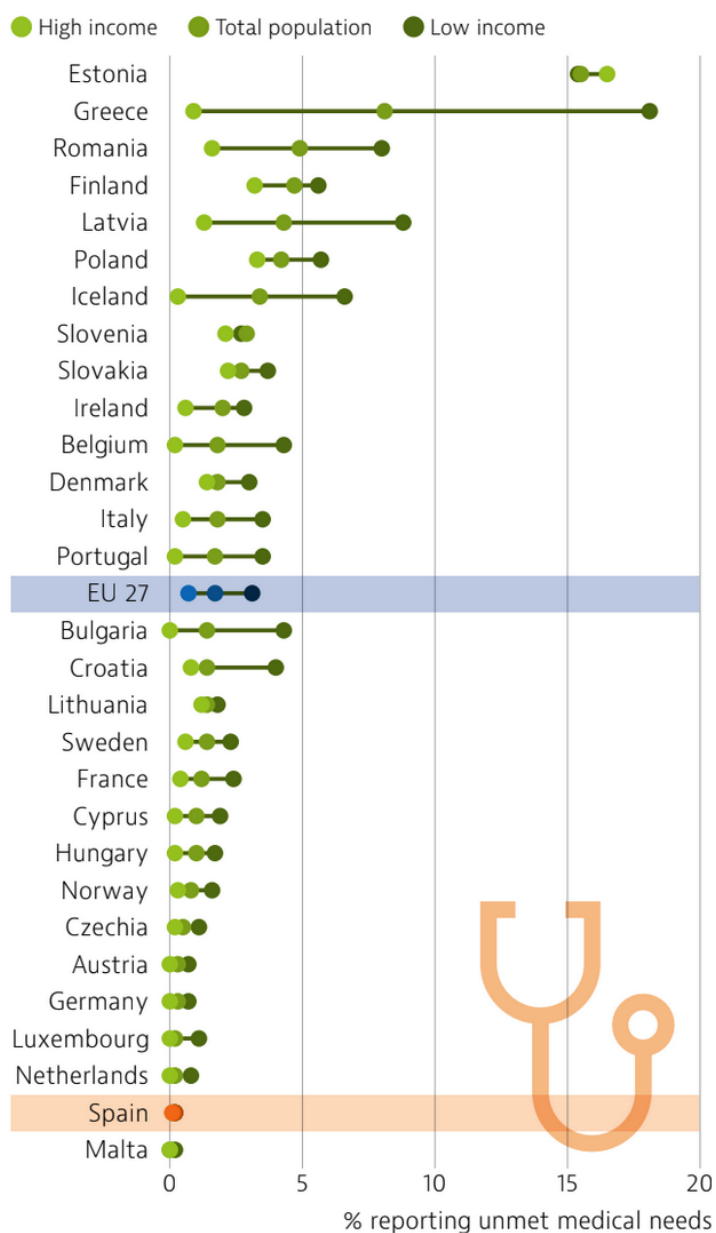


Εικόνα 1.11 Αυτοαναφερόμενες ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες ανάλογα με το εισόδημα που οφείλονται στον χρόνο αναμονής, στο κόστος και στη γεωγραφική απόσταση (European Commission, 2018)



Εικόνα 1.12 Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη στη Γερμανία σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες (ΟΟΣΑ, 2021)

Unmet needs for medical care



Εικόνα 1.13 Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη στην Ισπανία σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες (ΟΟΣΑ, 2021)

1.6 Ο ορισμός του συστήματος υγείας και τα βασικά χαρακτηριστικά του

«Το σύστημα υγείας είναι η οργανωμένη απάντηση μιας κοινωνίας στα προβλήματα υγείας των μελών της.» (Οικονόμου, 2018). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως σύστημα υγείας ορίζεται «το σύνολο των ανθρωπίνων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση δραστηριοτήτων που έχουν πρωταρχικό τους σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας.» Ο ρόλος ενός συστήματος υγείας, περιλαμβάνει επίσης την προστασία του πληθυσμού από το οικονομικό κόστος της νόσου, τη διαφύλαξη της αξιοπρέπειας των χρηστών υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη περίθαλψη. Η επιτυχής λειτουργία ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει την ορθή διαχείριση των πόρων του. Να πληροί δηλαδή τα κριτήρια:

- Της αποδοτικότητας
- Της αποτελεσματικότητας
- Της ισότητας στη φροντίδα
- Της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών.

Η αποδοτικότητα συσχετίζει τα αποτελέσματα που έχουν επιτευχθεί με τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν (ανθρώπινοι, υλικοί και οικονομικοί). Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο κατά πόσο το σύστημα έχει πετύχει τους στόχους του. Η ισότητα στη φροντίδα υγείας έχει τρεις διαστάσεις: ίση πρόσβαση για ίσες ανάγκες, ίση χρησιμοποίηση για ίσες ανάγκες και ίση ποιότητα για όλους. Τέλος, η ποιότητα περιλαμβάνει δύο διαστάσεις: την επάρκεια της παρεχόμενης περίθαλψης και το περιβάλλον των μονάδων υγείας σε συνδυασμό με τη συμπεριφορά των εργαζομένων στην υγεία. Κάθε σύστημα υγείας επιτελεί τέσσερις σημαντικές λειτουργίες: διαχείριση, χρηματοδότηση, δημιουργία πόρων και παροχή υπηρεσιών. Στη **διαχείριση** περιλαμβάνονται ο καθορισμός, η εφαρμογή και η παρακολούθηση των κανόνων λειτουργίας καθώς και ο καθορισμός των στρατηγικών κατευθύνσεων του συστήματος. Η **χρηματοδότηση** είναι η διαδικασία συλλογής των εσόδων και αγοράς υπηρεσιών από τους προμηθευτές. Βασικές πηγές χρηματοδότησης είναι η άμεση και έμμεση φορολογία, οι ασφαλιστικές εισφορές, οι άμεσες πληρωμές και η ιδιωτική ασφάλιση. Η **δημιουργία πόρων** αναφέρεται στην εκπαίδευση του προσωπικού και στην εξασφάλιση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και

κτηριακών υποδομών. Η **παροχή υπηρεσιών** διακρίνεται στις προσωπικές υπηρεσίες (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα) και στις μη προσωπικές υπηρεσίες οι οποίες περιλαμβάνουν προγράμματα δημόσιας υγείας και προληπτικής ιατρικής. Τα τρία βασικά μοντέλα συστημάτων υγείας, (ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών και ανάλογα με τον βαθμό κρατικής παρέμβασης) είναι:

- Το μοντέλο της **ελεύθερης αγοράς** που αντιμετωπίζει την υγεία ως εμπόρευμα
- Το μοντέλο της **κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck)** που στηρίζεται στις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών και το κράτος αναλαμβάνει το ρόλο του ρυθμιστή
- Το μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας (Beveridge) που στηρίζεται στην άμεση και έμμεση φορολογία και διέπεται από την πρωταρχική αξία της ισότιμης και δωρεάν κάλυψης ολόκληρου του πληθυσμού. Τα τελευταία χρόνια τα συστήματα υγείας τείνουν προς μεικτές μορφές οργάνωσης με συνύπαρξη του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα ώστε να εξασφαλίζονται τα πλεονεκτήματα και να αποφεύγονται τα μειονεκτήματα του κάθε μοντέλου (Οικονόμου, 2018).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία

2.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής διπλωματικής εργασίας ήταν η ανάδειξη των βέλτιστων πρακτικών που εφαρμόστηκαν σε χώρες με προηγμένα Συστήματα Υγείας ως προς τις διαστάσεις που συνθέτουν την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, και ως προς την επίτευξη της ισότιμης πρόσβασης και καθολικότητας των Συστημάτων αυτών, ώστε να διαπιστωθεί εάν και κατά πόσο αυτές οι πρακτικές είναι εφικτό να εφαρμοστούν στη χώρα μας προσαρμοσμένες στις υπάρχουσες συνθήκες και στην ελληνική πραγματικότητα.

Επιμέρους στόχοι ήταν:

- Να διαπιστωθούν τα βήματα που έχουν πραγματοποιήσει αυτές οι χώρες και η Ελλάδα προς τη βελτίωση της προσβασιμότητας και ο πραγματικός βαθμός επίτευξης της ισότιμης πρόσβασης και της καθολικότητας των παροχών υγείας.
- Να εντοπιστούν οι πληθυσμιακές ομάδες που τυχόν αντιμετωπίζουν ακόμα εμπόδια στην πρόσβαση καθώς και η φύση αυτών των εμποδίων.
- Να αποσαφηνιστούν τα αίτια που προκαλούν την έγερση αυτών των εμποδίων
- Να αναζητηθούν οι μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούσαν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τόσο στην Ελλάδα όσο και στις χώρες που μελετώνται στην παρούσα εργασία.
- Να διαπιστωθεί η δυνατότητα ενσωμάτωσης από τη χώρα μας των βέλτιστων πρακτικών που υιοθέτησαν οι δύο ευρωπαϊκές χώρες ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα στην παρεχόμενη περίθαλψη.

2.1.1 Τα Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι τα εξής:

- ❖ Ποιο είναι σήμερα το πραγματικό επίπεδο επίτευξης καθολικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού στον τομέα της υγείας σ αυτές τις χώρες;
- ❖ Ήταν τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της πρόσβασης αντάξια των προσδοκιών της νομοθεσίας και σε ποιο βαθμό;

- ❖ Ποιες είναι οι πληθυσμιακές ομάδες σ αυτές τις χώρες που ακόμα δηλώνουν ένα ποσοστό ακάλυπτων αναγκών στον τομέα της υγείας;
- ❖ Ποια είναι τα βασικότερα εμπόδια στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και πού κυρίως οφείλονται οι ανισότητες που παραμένουν;
- ❖ Σε ποιους τομείς έδωσαν προτεραιότητα οι δύο ευρωπαϊκές χώρες ώστε να διασφαλίσουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας;
- ❖ Ποια κενά παραμένουν και ποιες αδυναμίες πρέπει να καλυφθούν ώστε να βελτιωθεί περαιτέρω η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας;

2.2 Μεθοδολογία

Πραγματοποιήθηκε μία Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Heal-Link, PubMed, Google Scholar, και Cochrane. Συμπληρωματικά πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε ιστοσελίδες επιλεγμένων οργανισμών έτσι ώστε η παρούσα μελέτη να γίνει κατά το δυνατόν με επικαιροποιημένα στοιχεία καθώς και σε πηγές που εντοπίστηκαν μετά από έρευνα στις βιβλιογραφικές παραπομπές των άρθρων που ήδη είχαν ενταχθεί στη μελέτη και παρουσίαζαν νοηματική συνάφεια με το αντικείμενο της μελέτης. Η Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση εστιάστηκε στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας Γερμανίας και Ισπανίας και Ελλάδας ως μία από τις σημαντικές διαστάσεις που συνθέτουν την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης. Παράλληλα πραγματοποιήθηκε Περιγραφική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση με σκοπό να αναζητηθούν οι βέλτιστες πρακτικές που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα και σε χώρες με προηγμένα Συστήματα Υγείας ως προς τη βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

2.2.1 Κριτήρια ένταξης μελετών

Κριτήρια με βάση τα οποία επιλέχθηκαν οι τελικές πηγές αποτέλεσαν οι κάτωθι απαραίτητες προϋποθέσεις:

- Να έχουν δημοσιευτεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών (από 01/01/2017 έως 28/2/2023),
- Να αναφέρονται σε μία τουλάχιστον χώρα από τις τρεις που συμπεριλαμβάνονται στη μελέτη (Γερμανία, Ισπανία, Ελλάδα)
- Η γλώσσα συγγραφής να είναι η Αγγλική ή η Ελληνική.
- Να παρέχουν πληροφορίες σχετικές με την ποιότητα στην περίθαλψη και την αξιολόγηση της προσβασιμότητας και με τα τυχόν εμπόδια που την δυσχεραίνουν

- Να αφορούν όσο το δυνατόν μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της εκάστοτε χώρας στην οποία αναφέρονται
- Να παρέχουν τεκμηριωμένες πληροφορίες και συμπεράσματα που εξάγονται μέσα από έγκυρες και αξιόπιστες έρευνες

Αποκλείστηκαν κατά τη διαδικασία επιλογής των πηγών οι δημοσιεύσεις οι οποίες:

- Αναφέρονταν σε σπάνια νοσήματα, σε μεμονωμένα νοσοκομεία ή σε τοπικές μελέτες μικρής εμβέλειας διότι, λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος, δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικά δείγματα και δεν μπορούν να εξαχθούν γενικευμένα συμπεράσματα για κάθε χώρα.
- Δεν επέτρεπαν την ελεύθερη πρόσβαση στο άρθρο
- Αφορούσαν σε μελλοντικά κυβερνητικά προγράμματα καθώς δεν μπορεί ακόμα να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα αυτών.
- Αναφέρονταν σε μεταρρυθμίσεις αλλά δεν παρείχαν αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους.
- Ήταν γραμμένες στη γερμανική ή την ισπανική γλώσσα
- Είχαν δημοσιευτεί πριν το 2017
- Παρείχαν γενικά στοιχεία για όλη την Ευρώπη χωρίς να αξιολογούν ξεχωριστά τις χώρες που εξετάζει η παρούσα μελέτη.

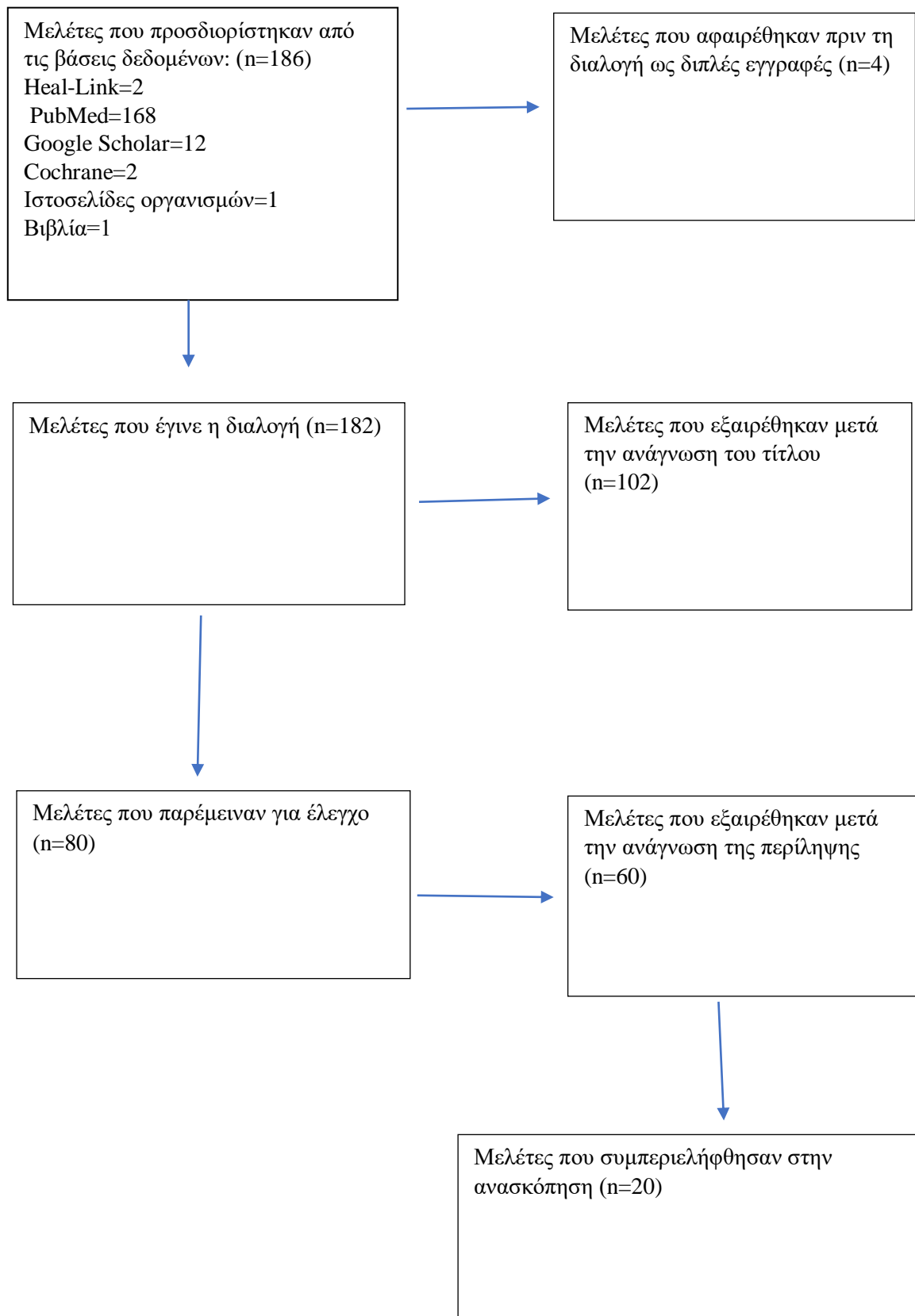
2.2.2 Αναζήτηση μελετών και Λέξεις Κλειδιά

Για την πραγματοποίηση της Συστηματικής και της Περιγραφικής Ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω λέξεις κλειδιά: accessibility, inequalities, healthcare system, primary, Spain, Germany, Greece, προσβασιμότητα, ανισότητες, Σύστημα Υγείας, πρωτοβάθμια. Για να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα της αναζήτησης και για την ανεύρεση όλων των σχετικών άρθρων χρησιμοποιήθηκαν όλοι οι δυνατοί συνδυασμοί των παραπάνω λέξεων κλειδιών (π.χ. primary healthcare). Ειδικότερα στη βάση δεδομένων PubMed επιλέχθηκε η αναζήτηση «Advanced». Στο πεδίο «Fields» επιλέχθηκε η αναζήτηση μόνο στο «Title/Abstract», ως πρώτος όρος αναζήτησης ετέθη η χώρα, ως δεύτερος όρος ετέθη η λέξη accessibility ή inequalities και ως τρίτος ετέθησαν οι υπόλοιπες λέξεις κλειδιά, με την χρήση του λογικού τελεστή AND (πχ. ((Germany[Title/Abstract]) AND (accessibility[Title/Abstract])) AND (healthcare

system[Title/Abstract]). Η αναζήτηση στις υπόλοιπες βάσεις δεδομένων δεν δίνει αυτή τη δυνατότητα καθώς οι όροι αναζήτησης συμπληρώνονται σε ένα πλαίσιο. Η διαδικασία επιλογής των άρθρων καθώς και τα τελικά ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης παρουσιάζονται στο Διάγραμμα Ροής που ακολουθεί:

2.3 Διάγραμμα ροής (flow diagram)

Φάσεις διαδικασίας συστηματικής ανασκόπησης



Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα

3.1 Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στη Γερμανία, την Ισπανία και την Ελλάδα.

Από τη Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση αναδείχθηκαν συνολικά 20 μελέτες, οι οποίες αναφέρονται στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας των τριών χωρών που εξετάστηκαν, της Γερμανίας, της Ισπανίας και της Ελλάδας. Από αυτές, οι 6 αφορούσαν στη Γερμανία, οι 7 στην Ισπανία και οι 7 στην Ελλάδα. Παρουσιάζονται τα εμπόδια που υφίστανται ακόμη στην ισότιμη πρόσβαση στην υγεία παρά τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, οι πληθυσμιακές ομάδες που κυρίως πλήττονται καθώς και οι βασικοί λόγοι που δημιουργούν αυτές τις ανισότητες στην πρόσβαση. Οι μελέτες παρουσιάζονται αναλυτικά στους πίνακες που ακολουθούν. Οι μελέτες που αναδείχθηκαν από την Περιγραφική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση αφορούν στις μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν μετά το 2010 στις δύο ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματά τους παρουσιάζονται στο κεφάλαιο 3.2

Πίνακας 3.1 Προσβασιμότητα στη Γερμανία

Χώρα	Τίτλος Άρθρου	Περιοδικό Στοιχεία Δημοσίευσης	Είδος Μελέτης	Αντικείμενο μελέτης
Γερμανία	Health Status and Access to Healthcare for Uninsured Migrants in Germany: A Qualitative Study on the Involvement of Public Authorities in Nine Cities (Kratzsch et al., 2022)	International Journal of <i>Environmental Research and Public Health</i> J Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 6613. https://doi.org/10.3390/ijerph19116613	Research Article	Εξετάζει τα εμπόδια στην πρόσβαση στην περίθαλψη για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και ανασφάλιστους μετανάστες
	Equity in Health Care: A Qualitative Study with Refugees, Health Care Professionals, and Administrators in One Region in Germany (Hahn et al., 2019)	Hindawi BioMed Research International Volume 2020, Article ID 4647389, 8 pages https://doi.org/10.1155/2020/4647389	Research Article	Εξετάζει τα προβλήματα στην προσβασιμότητα των προσφύγων στην περίθαλψη από τη σκοπιά των ίδιων εργαζομένων και των διοικούντων
	Capturing modelled and perceived spatial access to ambulatory health care services in rural and urban areas in Germany (Baier et al., 2020)	Social Science & Medicine, Volume 265, November 2020, 113328 https://doi.org/10.1016/j.socsci.med.2020.113328	Research Article	Διαπιστώνει εμπόδια στην πρόσβαση στην περίθαλψη (γεωγραφικά, οικονομικά, μορφωτικά, σχετιζόμενα με την εθνικότητα, το φύλο, την ηλικία).

Γερμανία	<p>Accessibility of general and specialized obstetric care providers in Germany and England: an analysis of location and neonatal outcome. (Bauer, et al., 2017)</p>	<p>International Journal Of Health Geographics, Volume 16(44) Dec 2017 doi: 10.1186/s12942-017-0116-6</p>	<p>Research article</p>	<p>Εξετάζει παράλληλα την προσβασιμότητα σε μαιευτικές υπηρεσίες στη Γερμανία και στο Ην. Βασίλειο και διαπιστώνει για τη Γερμανία δυσκολίες στην πρόσβαση κατοίκων που διαμένουν σε υποβαθμισμένες περιοχές και σε αγροτικές περιοχές γεωγραφικά απομακρυσμένες.</p>
	<p>Determinants of Postponed Dental Visits Due to Costs: Evidence from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Germany, (Aarabi, et al., 2019)</p>	<p>Environmental Research and public Health, 16(18):3344 Sep 2019, doi: 10.3390/ijerph16183344</p>	<p>Research article</p>	<p>Διαπιστώνει ανεκπλήρωτες ανάγκες για την κάλυψη οδοντιατρικής φροντίδας που σχετίζονται με το χαμηλό εισόδημα και την ηλικία.</p>
	<p>Health Literacy of People with Substitutive Private Health Insurance in Germany and Their Assessment of the Health System Performance According to Health Literacy Levels: Results from a Survey, (Achstetter et al., 2022)</p>	<p><u>Int J Environ Res Public Health.</u> 2022 Dec; 19(24): 16711. Published online 2022 Dec 13. doi: <u>10.3390/ijerph192416711</u></p>	<p>Research article</p>	<p>Συνδέει τον χαμηλό υγειονομικό αλφαριθμητισμό (ικανότητα εύρεσης, κατανόησης, αξιολόγησης και εφαρμογής πληροφοριών υγείας) με τη χαμηλή δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας κυρίως σε άτομα με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση, χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και ηλικιωμένους.</p>

--	--	--	--	--

Πίνακας 3.2 Προσβασιμότητα στην Ισπανία

Χώρα	Τίτλος Άρθρου	Περιοδικό Στοιχεία Δημοσίευσης	Είδος Μελέτης	Αντικείμενο μελέτης
-------------	----------------------	---------------------------------------	----------------------	----------------------------

Ισπανία	Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain) (Cernadas and Fernandez, 2021)	International Journal for Equity in Health (2021) 20:84 https://doi.org/10.1186/s12939-021-01409-2	Research Article	Αναλύει τις δυσκολίες στην πρόσβαση ευπαθών κοινωνικών ομάδων στην περίθαλψη όπως οι άστεγοι, και οι Ρομά
	Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe (Serapioni, M., 2017)	Cadernos De Saude Publica, 33(9) DOI: 10.1590/0102-311X00170116	Research Article	Εξετάζει τις ανισότητες που παρατηρούνται στην υγεία στις χώρες της νότιας Ευρώπης με βάση το εισόδημα, την εργασία, τη γεωγραφική απόσταση και την εκπαίδευση, ειδικά μετά την οικονομική κρίση.
	Inequities in visual health and health services use in a rural region in Spain (Arteaga et al., 2018)	Gaceta Sanitaria Journal (2018) 32(5):439-446	Research article	Εξετάζει τις δυσκολίες στην πρόσβαση κατοίκων απομακρυσμένων περιοχών αλλά και δυσκολίες που συνδέονται με το εισόδημα, τη μόρφωση, την εθνικότητα το φύλο, την ηλικία.

Ισπανία	Effect of co-payment policies on initial medication non-adherence according to income: a population-based study(Aznar-Lou et al., 2018)	Aznar-Lou I, et al. BMJ Qual Saf 2018;0:1–14. doi:10.1136/bmjqs-2017-007416	Research Article	Εξετάζει την προσβασιμότητα στη φαρμακευτική περίθαλψη και πώς αυτή επηρεάστηκε από την καθιέρωση των συμπληρωμών. Η ασυνέπεια στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής αυξήθηκε σημαντικά στα άτομα με χαμηλά εισοδήματα, στους χαμηλοσυνταξιούχους και στους ηλικιωμένους που δε λαμβάνουν σύνταξη. Ομοίως αυξάνεται σε άτομα που λαμβάνουν φάρμακα για χρόνια νοσήματα.
	COVID-19 Inequalities: Individual and Area Socioeconomic Factors (Aragón, Spain). Aguilar-Palacio et al., (2021)	Int J Environ Res Public Health 2021 Jun 19;18(12):6607. doi: 10.3390/ijerph18126607	Research article	Διαπιστώνει ανισότητες στην προληπτική ιατρική για περιοχές απομακρυσμένες και υποβαθμισμένες, καθώς και για πληθυσμιακές ομάδες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στις οποίες καταγράφηκε υψηλότερη πιθανότητα μόλυνσης από COVID-19
		BMC Public Health	Research	

<p>Ισπανία</p>	<p>The influence of education on the access to childhood immunization: the case of Spain. (Mora and Traperobertan, 2018)</p> <p>Undocumented immigrants' and immigrant women's access to healthcare services in the Basque Country (Spain). (Perez-Urdialez, I., 2021)</p>	<p>2018 Jul 18;18(1):893. doi: 10.1186/s12889-018-5810-1.</p> <p><u>Glob Health Action</u>. 2021; 14(1): 1896659. Published online 2021 May 12. doi: <u>10.1080/16549716.2021.1896659</u></p>	<p>article</p> <p>Research article</p>	<p>Συσχετίζει το μορφωτικό επίπεδο με τη χρήση των προληπτικών υπηρεσιών υγείας μέσα από τη διενέργεια των παιδικών εμβολιασμών. Διαπιστώνει ότι γονείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο κάνουν λιγότερη χρήση των υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και των πόρων δημόσιας υγείας για προγράμματα εμβολιασμού.</p> <p>Αξιολογεί την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και διαπιστώνει αρκετές διευκολύνσεις αλλά και αρκετά εμπόδια.</p> <p>Σημαντικότερα από τα εμπόδια είναι η έλλειψη γνώσης των δικαιωμάτων τους, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες νομιμοποίησης της πρόσβασης τους, η ελλιπής πληροφόρηση, η ανεπαρκής επικοινωνία λόγω γλωσσικών διαφορών, η</p>
----------------	--	---	--	--

				<p>ελλιπής διαπολιτισμική εκπαίδευση του προσωπικού και η έλλειψη προθυμίας αυτού λόγω ρατσιστικών ή άλλων αντιλήψεων.</p>
--	--	--	--	--

Πίνακας 3.3 Προσβασιμότητα στην Ελλάδα

Χώρα	Τίτλος Άρθρου	Περιοδικό Στοιχεία Δημοσίευσης	Είδος Μελέτης	Αντικείμενο μελέτης
Ελλάδα	Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study) (Lionis et al., 2017)	BMC Health Services Research (2017) 17:255 DOI 10.1186/s12913-017-2189-0	Research article	Ερευνά την ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τις αδυναμίες των υπηρεσιών και τις προτιμήσεις των ασθενών
	Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review (Lebano et al., 2020)	BMC Public Health (2020) 20:1039 doi 10.1186/s12889-020-08749-8	Research article	Εξετάζει τα εμπόδια στην πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και τις αιτίες που τα προκαλούν
	Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe (Serapioni, 2017)	Cad. Saúde Pública (2017) 33(9):e00170116 doi: 10.1590/0102-311X00170116	Research article	Εξετάζει τις ανισότητες που παρατηρούνται στην υγεία στις χώρες της νότιας Ευρώπης με βάση το εισόδημα, την εργασία, τη γεωγραφική απόσταση και την εκπαίδευση, ειδικά μετά την οικονομική κρίση.
	COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system (Γιαννοπούλου και Τσομπάνογλου, 2020)	Irish Journal of Psychological Medicine, (2020), 37, 226–230. doi: 10.1017/ipm.2020.35	Essay	Τονίζει τις αδυναμίες του Συστήματος Υγείας που ανέδειξε η πανδημία στην οργανωτική δομή και στην πρωτοβάθμια φροντίδα και προτείνει μεταρρυθμίσεις που θα θωρακίσουν το Ε.Σ.Υ. και θα υποστηρίξουν την ψυχική υγεία του

Ελλάδα	<p>Patient satisfaction analysis using a multicriteria analysis method: The case of the NHS in Greece (Drosos et al., 2018)</p> <p>Το νέο ΕΣΥ. Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Εθνικού Συστήματος Υγείας (Τούντας και συν., 2020).</p> <p>Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας-Μια πρόταση για την Ελλάδα (Σουλιώτης, Κ., 2019)</p>	<p>International Journal of Productivity and Quality Management (2018) Vol.25 No.4, pp.491 - 505</p> <p>DOI: 10.1504/IJ PQM.2018.10016421</p> <p>Διανέοσις, οργανισμός έρευνας και ανάλυσης, Φεβρουάριος 2020</p> <p>Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2019</p>	<p>Perspective piece</p> <p>Essay</p> <p>Book</p>	<p>πληθυσμού.</p> <p>Προσμετρά την ικανοποίηση των ασθενών και τονίζει το πρόβλημα της υποχρηματοδότησης και της ορθής διαχείρισης των πόρων</p> <p>Αναλύει τις στρεβλώσεις του Ε.Σ.Υ. και παρουσιάζει μεταρρυθμιστικές προτάσεις. Διαπιστώνει εμπόδια στην προσβασιμότητα κυρίως σε χρόνιους ασθενείς, σε ηλικιωμένους και σε οικονομικά ασθενέστερους.</p> <p>Παρουσιάζει μεταρρυθμιστικές προτάσεις σε βασικούς άξονες του Συστήματος Υγείας και, μεταξύ των στρεβλώσεων διαπιστώνει εμπόδια στην πρόσβαση που σχετίζονται με την εργασιακή κατάσταση, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, τους χρόνους αναμονής, τη γεωγραφική απόσταση</p>
--------	---	---	---	--

3.1.1 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στη Γερμανία

Παρόλο που η Γερμανία δαπανά για την υγεία περισσότερα από τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες και οι επίσημες μελέτες δείχνουν ότι έχει επιτευχθεί καθολική κάλυψη των πολιτών, ωστόσο οι έρευνες και οι απογραφές καλύπτουν περίπου το 1% του πληθυσμού και δεν προσεγγίζουν ομάδες όπως οι οικονομικά ασθενέστεροι πολίτες, οι κάτοικοι απομακρυσμένων ή υποβαθμισμένων περιοχών, οι άστεγοι και οι μετανάστες, με αποτέλεσμα τα ποσοστά καθολικής κάλυψης του πληθυσμού να είναι εσφαλμένα. Οι εμπειρογνώμονες αναφέρουν νομικά εμπόδια, έλλειψη πόρων και κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας που οδηγούν σε ελλιπή υγειονομική περίθαλψη ως προς το ύψος και το βάθος της κάλυψης των αναγκών των μεταναστών. Αυτά τα κενά έρχονται να καλύψουν διάφορες ΜΚΟ, τοπικές αρχές, εθελοντές, επαγγελματίες υγείας, γραφεία κοινωνικής ασφάλισης και άλλες δομές οι οποίες λειτουργούν σε ένα παράλληλο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Όταν όμως εντοπίζονται οι ανάγκες και κοινοποιούνται, οι δημόσιες υπηρεσίες ενεργοποιούνται παρέχοντας τους απαιτούμενους πόρους για την κάλυψη αυτών των αναγκών. (Kratzsch et al.,2022)

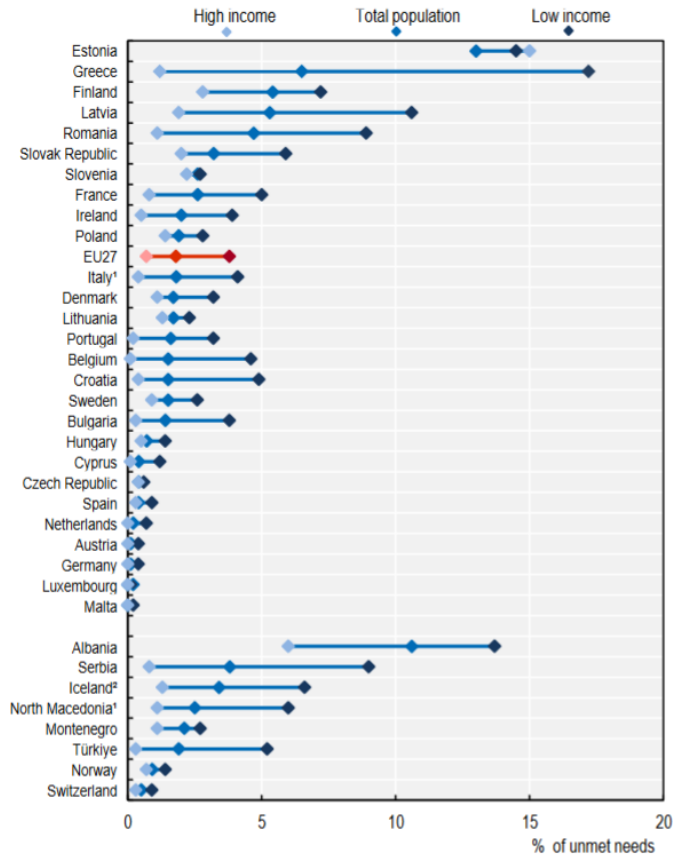
Τα κυριότερα εμπόδια που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες:

- νομικά εμπόδια σε συνδυασμό με τη γραφειοκρατία
- κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες που σχετίζονται με διαφορετικές κουλτούρες και πολιτισμούς αλλά και με ανεπαρκή εκπαίδευση πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας.
- περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τις μετακινήσεις των μεταναστών και τη συνέχεια της περίθαλψης
- εμπόδια στην επικοινωνία και ανεπαρκής διαθεσιμότητα διερμηνέων
- επιπλέον εμπόδια αποτελούν ο χρόνος αναμονής για κάποιες ειδικότητες π.χ. ψυχίατροι και η άγνοια του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγείας. Όλα αυτά οδηγούν σε ελλιπή χρήση εξειδικευμένης φροντίδας, φαρμακευτικής αγωγής και ειδικών θεραπειών. (Hahn et al., 2020)

Γενικά, το γερμανικό σύστημα υγείας παρέχει ικανοποιητική πρόσβαση στην περίθαλψη διαθέτοντας μια από τις ψηλότερες πυκνότητες γιατρών στην Ευρώπη. Η κατανομή των γιατρών γίνεται σύμφωνα με ένα σύστημα προγραμματισμού βάσει των αναγκών του πληθυσμού και ανάλογα με τον αριθμό των κατοίκων, τις ηλικιακές και φυλετικές ομάδες

και την πολυνοσηρότητα της κάθε περιοχής. Οι γενικοί γιατροί καλύπτουν μικρότερες περιοχές ενώ οι εξειδικευμένοι πιο διευρυμένες. Ωστόσο παρατηρούνται διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών και εξακολουθούν να υφίστανται δυσκολίες στην πρόσβαση ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και αντιμετωπίζουν μεγαλύτερους χρόνους αναμονής αλλά και μετακίνησης. Ανισότητες στην πρόσβαση όμως παρατηρούνται και για άλλους λόγους πέρα από τις γεωγραφικές αποστάσεις. Οι διαφορές στην εκπαίδευση, το εισόδημα, η κατάσταση της υγείας και άλλα ατομικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο και η ηλικία, είναι επιπλέον σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον η ύπαρξη υποχρεωτικής ασφάλισης συνδέεται με αυξημένους χρόνους αναμονής σε σχέση με όσους διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση (Baier et al., 2020) Ένας ακόμη παράγοντας που δυσχεραίνει την πρόσβαση στην περίθαλψη είναι ο υγειονομικός αναλφαβητισμός (ικανότητα εύρεσης, κατανόησης, αξιολόγησης και εφαρμογής πληροφοριών υγείας). Ταυτόχρονα, ο χαμηλός υγειονομικός αλφαβητισμός συνδέεται με άτομα χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και ηλικιωμένους (Achstetter et al., 2022)

Figure 7.1. Unmet needs for medical examination due to financial, geographic or waiting time reasons, 2020



Εικόνα 3.1 Ακάλυπτες ανάγκες ιατρικής εξέτασης στις ευρωπαϊκές χώρες για οικονομικούς και γεωγραφικούς λόγους, ή λόγω αυξημένων χρόνων αναμονής. (ΟΟΣΑ, 2021)

3.1.2 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στην Ισπανία

Ενώ η ισπανική κυβέρνηση έχει θεσπίσει πολιτικές για την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, υπάρχουν μελέτες που επαληθεύουν ότι αυτό ισχύει, μεν, για την πλειονότητα του πληθυσμού ωστόσο μερικές κοινωνικές ομάδες παραμένουν στην πραγματικότητα έξω από αυτή την κάλυψη. Ενώ το νομοθετικό διάταγμα του 1986 προέβλεπε καθολική κάλυψη για όλους τους Ισπανούς και τους αλλοδαπούς, στα χρόνια της οικονομικής κρίσης το 2012 νομοθετικές ρυθμίσεις προέβλεπαν ασφαλιστική κάλυψη μόνο για όσους εργάζονταν ενώ οι υπόλοιποι είχαν πρόσβαση μόνο στα ιατρεία επειγόντων περιστατικών εξαιρώντας μόνο τα παιδιά και τις εγκύους. Μετά από πιέσεις που ασκήθηκαν από διάφορες οργανώσεις και παγκόσμιους οργανισμούς το Βασιλικό Διάταγμα του 2018 όριζε ότι όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως εργασιακής κατάστασης έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε όλες τις βαθμίδες Υγειονομικής περίθαλψης (Perez-Urdiales, 2021).

Η εφαρμογή όμως του νόμου έδειξε ότι στην πράξη οι κοινωνικές ανισότητες και άλλοι παράγοντες οδηγούν κάποιες κοινωνικές ομάδες να μένουν ακάλυπτες όπως ο άστεγος πληθυσμός, οι κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών, οι κάτοικοι με χαμηλό εισόδημα ή χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, οι μετανάστες και οι Ρομά. Τα εμπόδια που αυτές οι ομάδες αντιμετωπίζουν στην πρόσβαση οφείλονται κυρίως σε τρεις λόγους:

α) Σε δική τους υπαιτιότητα. Δε γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, δεν τηρούν τις θεραπευτικές οδηγίες, δεν εκδηλώνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την υγεία τους, προσφεύγουν στις δομές υγείας μόνο σε επείγουσες καταστάσεις, δεν πιστεύουν ότι θα λάβουν τη σωστή φροντίδα.

β) Στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας οι οποίες δεν προσαρμόζονται στις ιδιαιτερότητες κάποιων κοινωνικών ομάδων και δεν διαθέτουν ειδικά προσανατολισμένα προγράμματα για αυτούς τους πληθυσμούς. Η γραφειοκρατία και η έλλειψη πόρων αποτελούν επίσης εκφράσεις της ανεπαρκούς οργάνωσης των υπηρεσιών.

γ) Οι επαγγελματίες υγείας, με τη σειρά τους, λόγω προκαταλήψεων ή πεποιθήσεων ότι δεν θα τηρηθούν οι θεραπευτικές οδηγίες, παρέχουν υπηρεσίες χαμηλότερου επιπέδου. (Cemadas and Fernandez, 2021)

Παρόμοιες ανισότητες βιώνουν και οι πληθυσμοί απομακρυσμένων αγροτικών περιοχών. Μελέτες έχουν δείξει ότι διαθέτουν χαμηλότερο επίπεδο οπτικής υγείας σε σχέση με τον αστικό πληθυσμό εξαιτίας κοινωνικοοικονομικών και άλλων παραγόντων. Το φαινόμενο είναι πιο αισθητό σε χρόνιους ασθενείς που πάσχουν π.χ. από διαβήτη και χρήζουν τακτικής

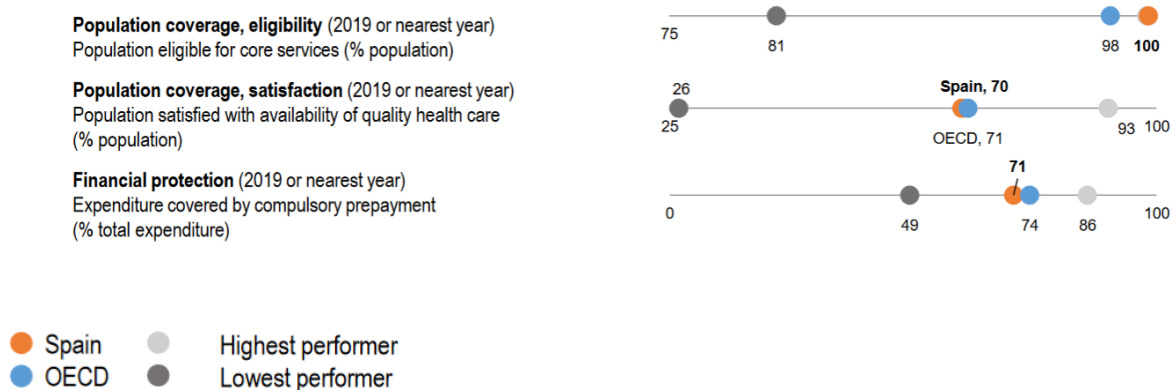
παρακολούθησης. Βασικοί λόγοι που περιορίζουν την πρόσβαση είναι οικονομικοί και γεωγραφικοί. Επίσης, το φύλο, η εθνικότητα και ο χρόνος στη λίστα αναμονής φάνηκε ότι αποτελούν επιπλέον λόγους που δυσχεραίνουν την πρόσβαση. Τα άτομα με οπτική αναπηρία είναι περισσότερα σε αναλογία στις περιοχές με χαμηλότερο εισόδημα. Δεδομένου ότι ο πληθυσμός άνω των 65 ετών αναμένεται να διπλασιαστεί ως το 2050 γίνεται φανερό ότι η οπτική υγεία είναι πολύ σημαντική για την ισπανική κοινωνία. (Arteaga et al., 2017)

Μία επιπλέον ομάδα που επίσης αντιμετωπίζει δυσχέρειες στην πρόσβαση των δομών υγείας είναι αυτή των μεταναστών χωρίς έγγραφα. Αποτελέσματα μελετών έδειξαν ότι υπάρχουν αρκετές διευκολύνσεις αλλά και αρκετά εμπόδια στην πρόσβαση αυτών στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Σημαντικότερα από τα εμπόδια είναι η έλλειψη γνώσης των δικαιωμάτων τους, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες νομιμοποίησης της πρόσβασης τους, η ελλιπής πληροφόρηση, η ανεπαρκής επικοινωνία λόγω γλωσσικών διαφορών, η ελλιπής διαπολιτισμική εκπαίδευση του προσωπικού και η έλλειψη προθυμίας αυτού λόγω ρατσιστικών ή άλλων αντιλήψεων. (Perez-Urdiales 2021)

Ακόμα και η δυνατότητα τήρησης των φαρμακευτικών οδηγιών μειώνεται σημαντικά σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, χαμηλοσυνταξιούχους και ηλικιωμένους που δεν λαμβάνουν σύνταξη. Η ανισότητα αυτή επιδεινώθηκε μετά την καθιέρωση των συμπληρωμών στη φαρμακευτική δαπάνη λόγω αδυναμίας αυτών των πληθυσμιακών ομάδων να διαθέσουν το ποσοστό που τους αναλογεί (Aznar-Lou et al, 2018).

Ωστόσο, η γενικότερη ικανοποίηση των πολιτών από την κάλυψη των αναγκών, την επιλεξιμότητα και την οικονομική κάλυψη αντικατοπτρίζεται αυξημένη στους δείκτες του ΟΟΣΑ όπως φαίνεται και στην εικόνα που ακολουθεί.

Population coverage is strong, with relatively high satisfaction and financial protection



Εικόνα 3.2 Ικανοποίηση των πολιτών από την κάλυψη των αναγκών στην Ισπανία (OECD, 2021)

3.1.3 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

Η Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη αποτελεί τον κεντρικότερο πυλώνα παροχής ποιοτικών υπηρεσιών σε κάθε σύστημα υγείας. Η Ελλάδα έχει επανειλημμένα καταβάλει προσπάθειες να βελτιώσει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας και να μειώσει τις απαιτούμενες δαπάνες δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην ανθρωποκεντρική διάσταση της περίθαλψης και στην ικανοποίηση των ασθενών. Οι πέντε διαστάσεις στις οποίες αναπτύσσεται η Πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι οι εξής:

- προσβασιμότητα
- επικοινωνία και ασθενοκεντρική αντιμετώπιση
- συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας
- λειτουργικότητα του ασθενή
- πληρότητα και κοινοποίηση

Το πώς αυτές οι προσπάθειες έγιναν αντιληπτές από τους πολίτες και το κατά πόσο πέτυχε η εφαρμογή αυτών των πολιτικών έχει γίνει αντικείμενο μελέτης αρκετών ερευνών κατά τις οποίες διαπιστώθηκαν αρκετά κενά και σημαντικές ανεκπλήρωτες ανάγκες. Τα σημαντικότερα κενά εντοπίστηκαν στους εξής τομείς

- στην παροχή προληπτικών υπηρεσιών
- στους χρόνους αναμονής
- στη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων
- στη δυνατότητα πρόσβασης του Ιατρού στο ιστορικό
- στην ενημέρωση των ασθενών
- στη συνέχεια της περίθαλψης σε βάθος χρόνου (Lionis et al., 2017)

Αν και έγιναν σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση της ισότιμης πρόσβασης με τη νομοθεσία του 2016 που προέβλεπε ελεύθερη πρόσβαση για όλους τους μετανάστες, τους πρόσφυγες και τους ανασφάλιστους Έλληνες ωστόσο υπάρχουν ακόμα εμπόδια στην πρόσβαση και περιορισμοί. Η υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα ενθαρρύνει τις ιδίες

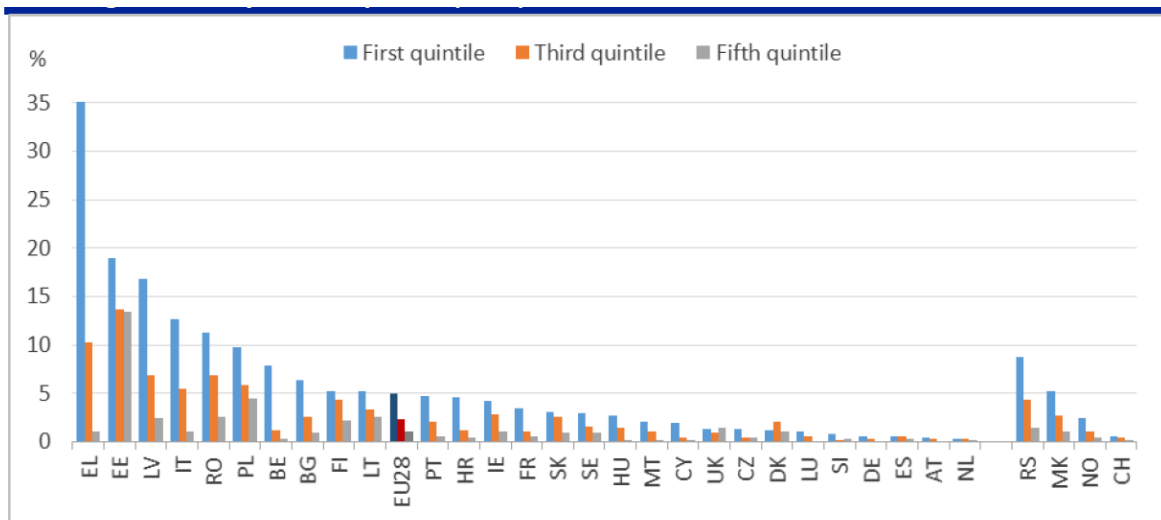
δαπάνες οι οποίες αυξήθηκαν σημαντικά ειδικά μεταξύ του 2010 και του 2015 καθώς έγιναν περικοπές σε καλύψεις τόσο διαγνωστικών εξετάσεων όσο και φαρμακευτικών σκευασμάτων. Είναι φανερό ότι οι ίδιες δαπάνες που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν ανικανοποίητες ανάγκες υγείας των πολιτών επιβαρύνουν κυρίως τις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες. Ειδικά, κάποια συγκεκριμένα προβλήματα πρέπει να ληφθούν περισσότερο υπόψιν όπως είναι το φαινόμενο των άτυπων πληρωμών ή η απουσία οδοντιατρικής ασφαλιστικής κάλυψης. Επιπλέον οι ανασφάλιστοι δικαιούνται πρόσβαση μόνο στις δημόσιες δομές και όχι σε συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες (Οικονόμου και Παντελή, 2018).

Διαπιστώθηκαν επίσης ανισότητες στην προσβασιμότητα μεταξύ μεταναστών και μη, με ανεκπλήρωτες ανάγκες κυρίως στην ψυχική υγεία και και στην οδοντιατρική φροντίδα.

Τα εμπόδια που αναφέρθηκαν ήταν κυρίως νομικά, πολιτισμικά, και γλωσσικά εμπόδια επικοινωνίας. Καταγράφηκε επίσης υπερβολική χρήση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης. (Lebano et al., 2020)

Σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες διαπιστώθηκαν κυρίως υπέρ της Αθήνας και της Μακεδονίας ακόμα και στις παροχές ιδιωτικής υγείας. Επίσης σημειώθηκαν ανισότητες στην πρόσβαση για άτομα μεγαλύτερα των 75 ετών καθώς και για άτομα με ειδικές ανάγκες. (Serapioni, 2017)

Σύμφωνα με μελέτες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και στις ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους, χρόνου αναμονής και γεωγραφικής απόστασης. Στο διάγραμμα που ακολουθεί φαίνεται η Ελλάδα (EL) να εμφανίζει στην Ευρώπη από τις περισσότερες ακάλυπτες ανάγκες με βάση το πρώτο, τρίτο και πέμπτο πεμπτημόριο εισοδηματικής κατάταξης.



Εικόνα 3.3 Αυτοαναφερόμενες ακόλυπτες ιατρικές ανάγκες ανάλογα με το εισόδημα που οφείλονται στον χρόνο αναμονής, στο κόστος και στη γεωγραφική απόσταση (European Commission, 2018)

Health at a Glance



Εικόνα 3.4 Οι ακόλυπτες ανάγκες στην Ελλάδα κρατούν την ικανοποίηση των πολιτών σε χαμηλά επίπεδα (OECD, 2022).

3.2. Μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στην περίθαλψη

3.2.1 Πρώτη χώρα μελέτης (Γερμανία)

Το Σύστημα Υγείας της Γερμανίας θεωρείται συχνά ως ένα από τα καλύτερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως, προσφέροντας ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχών σε καθολικό επίπεδο με σχετικά χαμηλή συμμετοχή των πολιτών στο κόστος. Η προσβασιμότητα στο σύστημα είναι ικανοποιητική με μικρούς χρόνους αναμονής και ελεύθερη επιλογή παρόχου. Διαθέτει ένα πυκνό δίκτυο εξωνοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας. Η Γερμανία θεωρείται η πρώτη χώρα που απέκτησε εθνικό σύστημα υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης και ασφάλισης υγείας από το 1883 υπό την καγκελαρία του Όττο Φον Μπίσμαρκ. (European Observatory, 2020)

Η Γερμανία κατέχει την πρώτη θέση στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και τη δεύτερη από το τέλος στις αναφορές μη ικανοποιημένων αναγκών λόγω απόστασης, οικονομικών δυσχερειών ή χρόνου αναμονής. Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική όπως και η ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2017).

3.2.1.1 Δομή και οργάνωση του συστήματος υγείας

Η διακυβέρνηση του συστήματος χαρακτηρίζεται από έντονο αποκεντρωτισμό και ασκείται σε **ομοσπονδιακό** και **πολιτειακό** επίπεδο και σε **κορπορατιστικούς φορείς** αυτοδιακυβέρνησης.

Το **Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας** καθορίζει το γενικό νομικό πλαίσιο και τις διατάξεις για την πρόληψη και προαγωγή της δημόσιας υγείας και την ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης, τα δικαιώματα των ασθενών, την ασφάλεια του ιατροτεχνικού εξοπλισμού και των φαρμακευτικών προϊόντων και τον συντονισμό των διεθνών πολιτικών υγείας. Για τη λήψη των αποφάσεων συμβουλευεται από μια σειρά από ειδικές επιτροπές και από το συμβουλευτικό συμβούλιο.

Οι **πολιτειακές κυβερνήσεις** είναι υπεύθυνες για το σχεδιασμό της ενδονοσοκομειακής φροντίδας και για τη λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Εποπτεύουν επίσης τις περιφερειακές ενώσεις των ασφαλιστικών ταμείων και τους παρόχους υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Ένα δίκτυο ομάδων εργασίας είναι επιφορτισμένο με το συντονισμό μεταξύ των πολιτειακών κυβερνήσεων σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών.

Σε εταιρικό (κορπορατιστικό) επίπεδο οι αυτοδιοικούμενοι φορείς λειτουργούν σύμφωνα με τις αποφάσεις που λαμβάνονται από την Ομοσπονδιακή Μεικτή Επιτροπή που απαρτίζεται από 13 διορισμένα μέλη με εξαετή θητεία. Η λειτουργία της Επιτροπής υποστηρίζεται από:

-Το Ινστιτούτο για την Ποιότητα και την Αποδοτικότητα στην Υγεία που εξετάζει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα στην των ιατρικών παρεμβάσεων

-Το Ινστιτούτο Διασφάλισης Ποιότητας και Διαφάνειας στην Υγεία που καθορίζει εργαλεία και δείκτες για τη διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης.

Το χαρακτηριστικό του γερμανικού συστήματος είναι ότι συνυπάρχουν η υποχρεωτική και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας που από κοινού παρέχουν καθολική κάλυψη υγείας. Ένα μικρό μέρος του πληθυσμού με βάση το εισόδημα, μπορεί να επιλέξει αν θα έχει υποχρεωτική ασφάλιση ή ιδιωτική. Η υποχρεωτική ασφάλιση αποτελείται από 105 ταμεία ασθενείας που καλύπτουν το 87% του πληθυσμού ενώ η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτεται από 42 ιδιωτικές εταιρείες. Γενικά το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από έντονο κατακερματισμό, καθώς η δημόσια υγεία, η εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη και η μακροχρόνια φροντίδα είναι διαχωρισμένες από άποψη οργάνωσης και χρηματοδότησης. Αυτό δυσχεραίνει αρκετά τον συντονισμό μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών υγείας. (European Observatory, 2020)

Υπάρχουν κυρίως τρεις κατηγορίες νοσοκομείων στη Γερμανία:

- Όπως υποδηλώνει το όνομα, τα δημόσια νοσοκομεία (Öffentliche Krankenhäuser) διοικούνται σε δημοτικό, πολιτειακό και ομοσπονδιακό επίπεδο.
- Δωρεάν φιλανθρωπικά νοσοκομεία (Freie gemeinnützige Krankenhäuser) που λειτουργούν από εκκλησίες και άλλους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς όπως ο Γερμανικός Ερυθρός Σταυρός.
- Οι ιδιωτικές νοσοκομειακές εγκαταστάσεις (Privatkrankenhäuser) λειτουργούν ανεξάρτητα ως κερδοσκοπικές επιχειρήσεις.

Όλες αυτές οι ιατρικές εγκαταστάσεις χαίρουν μεγάλης εκτίμησης και συγκαταλέγονται μεταξύ των μεγαλύτερων και πιο αξιόπιστων στον κόσμο. Είναι ενημερωμένα, χρησιμοποιούν εξοπλισμό αιχμής και παρέχουν εξαιρετική ιατρική φροντίδα. Η ποιότητα της φροντίδας αξιολογείται από τις κάρτες αναφοράς εξετάζοντας πόσο καλά συμμορφώνονται

με τα κλινικά πρότυπα και πόσες επιπλέον πληροφορίες παρέχουν για τον οργανισμό (Lagu, et al., 2010).

Η Γερμανία διαθέτει ένα ισχυρό δαπανηρό δημόσιο σύστημα υγείας καθώς εμφανίζει στην Ευρώπη το μεγαλύτερο ποσοστό δημοσίων δαπανών για την υγεία. Οι ιδιωτικές δαπάνες ανέρχονται στο 15,8% του συνόλου δαπανών υγείας, ως εκ τούτου η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί σαν χρηματοδοτικός εταίρος του συστήματος υγείας. Οι ανθυγιεινές συνήθειες των Γερμανών και ο τρόπος ζωής τους επιβαρύνει την υγεία τους και το σύστημα υγείας από οικονομική άποψη. Από τους πρωταρχικούς σκοπούς των νομοθετικών ρυθμίσεων είναι η ανάπτυξη πολιτικών που στοχεύουν στην πρόληψη και στην εκπαίδευση των πολιτών προς πιο υγιεινές συνήθειες και τρόπο ζωής. (Αντωνίου και συν., 2021)

3.2.1.2 Μεταρρυθμίσεις υγείας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας

Το γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει αποτελέσει στόχο πολλών νομοθετικών μέτρων τα τελευταία χρόνια. Οι βασικοί στόχοι της πολιτικής υγειονομικής περίθαλψης τη δεκαετία του 2000 ήταν ο περιορισμός των εξόδων και η εγγύηση ενός βιώσιμου συστήματος χρηματοδότησης. Σταδιακά οι προτεραιότητες μετατοπίστηκαν προς τη διασφάλιση του υψηλότερου επιπέδου φροντίδας και την προστασία των ασθενών, ιδιαίτερα στα νοσοκομεία. Από το 2013 και μετά, οι κυβερνήσεις έχουν πραγματοποιήσει πρωτοποριακές αλλαγές στο σύστημα μακροχρόνιας ασφάλισης της χώρας. Εργάστηκαν μεθοδικά για να διασφαλίσουν ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε ποιοτική πρωτοβάθμια περίθαλψη (για παράδειγμα, επεκτείνοντας την πρόσβαση σε υπηρεσίες σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές και μειώνοντας τον χρόνο αναμονής των ασθενών) και βελτιώνοντας τη συνεργασία από τομέα σε τομέα (Busse & Blumel, 2014).

Για να εξασφαλιστεί ένα μακροπρόθεσμο εργατικό δυναμικό, ένας άλλος τομέας αλλαγής επικεντρώθηκε στην αλλαγή των **εκπαιδευτικών προτύπων**, των προγραμμάτων σπουδών και των συνόλων δεξιοτήτων για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι αυτή η χρονική περίοδος έδωσε επίσης προτεραιότητα σε νέους τομείς (όπως η ψηφιοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης) και ότι αρκετές αλλαγές παρείχαν στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση έναν πιο άμεσο ρυθμιστικό ρόλο (Federal.Ministry.Of.Health,2020).

Ίδρυση του Ινστιτούτου Διασφάλισης Ποιότητας και Διαφάνειας στην Υγεία Το Γνωμοδοτικό Συμβούλιο της Γερμανίας που είναι υπεύθυνο για την αξιολόγηση των

εξελίξεων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, εντόπισε την έλλειψη ανοίγματος στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης της χώρας ως σημαντικό ελάττωμα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας εδώ και πολλά χρόνια. Ως εκ τούτου, το Συμβούλιο ζήτησε μεγαλύτερο άνοιγμα στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που θα βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Για να επιτευχθεί αυτό, από το 2005, τα νοσοκομεία στη Γερμανία είναι υποχρεωμένα να παράγουν τακτικά **δομημένες αναφορές ποιότητας (QR)**. (Gerlach, et al., 2012)

Το περιεχόμενο και το εύρος των εκθέσεων ποιότητας καθορίζονται από την Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA), την ανώτατη αρχή λήψης αποφάσεων στην αυτοδιοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας. Εκτός από τις πληροφορίες για τη δομή και την απόδοση, η αναφορά QR περιλαμβάνει πλέον δεδομένα ποιότητας από τις λεγόμενες εξωτερικές πηγές διασφάλισης ποιότητας ξεκινώντας από το έτος αναφοράς 2006. Αυτά τα δεδομένα δημοσιεύονται κάθε χρόνο από το 2013 (eQS) (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022).

Από το 2000, όταν η Γερμανία όρισε το eQS για τα νοσοκομεία, οι πληροφορίες συλλέγονται συστηματικά για τον προσδιορισμό των δεικτών ποιότητας (QI). Αυτή τη στιγμή υπάρχουν περισσότερα από 400 QI που αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας σε 30 διαφορετικές ειδικότητες, από τη μαιευτική έως τη χειρουργική μαστού. Το eQS δεν προοριζόταν αρχικά για χρήση σε δημόσιες συγκρίσεις, αλλά μάλλον για εσωτερική διαχείριση ποιότητας και ανώνυμη παρακολούθηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών (Emmert, et al., 2012).

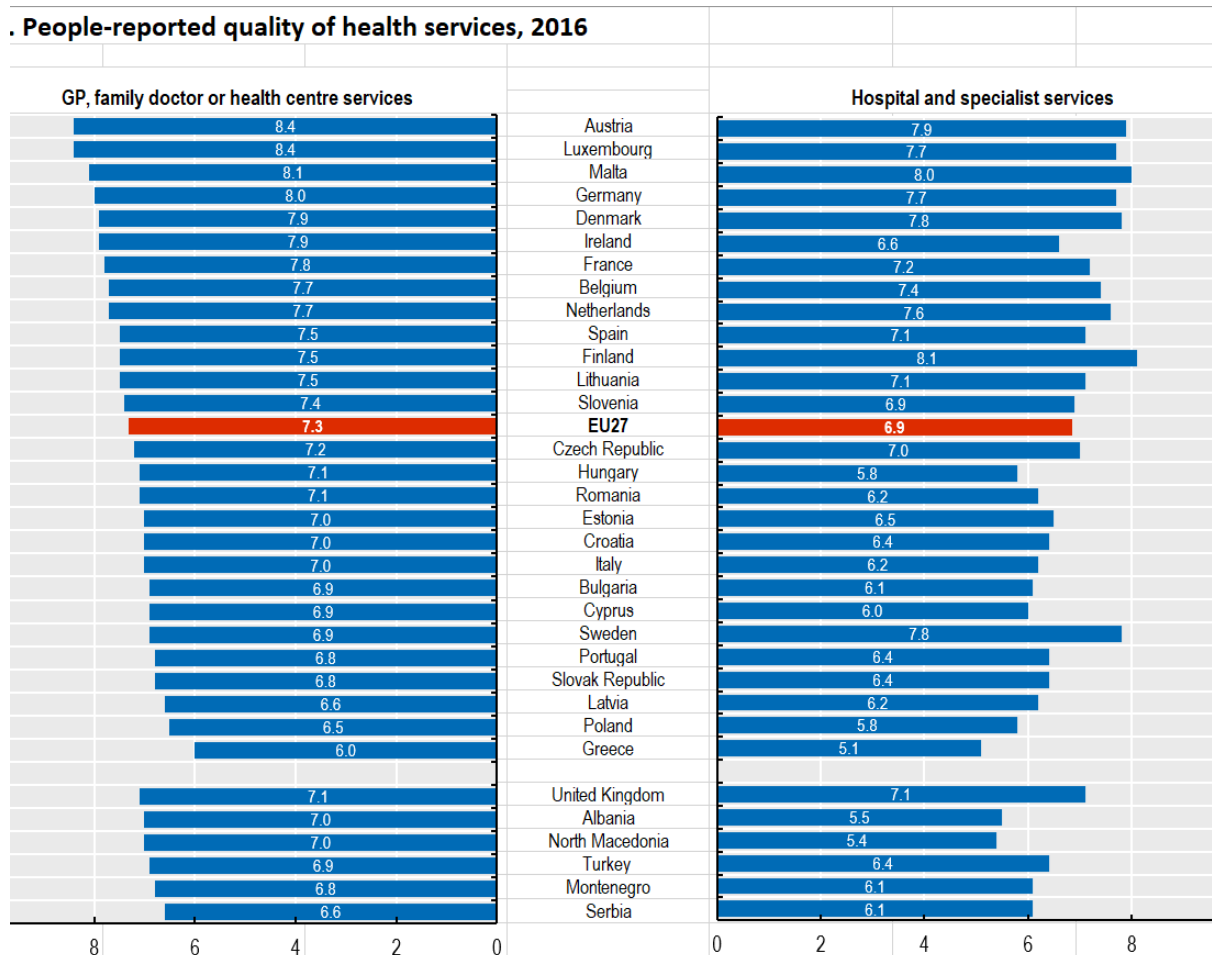
Εξαιτίας αυτού, τα δεδομένα παρακολούθησης αποστέλλονταν πίσω στα επιμέρους νοσοκομεία και συγκρίνονταν με τα εθνικά πρότυπα. Ωστόσο, το eQS παρέχει μόνο συνολικά στατιστικά στοιχεία για τα νοσοκομεία, όχι μεμονωμένες επιδόσεις τους. Με την εισαγωγή της απαιτούμενης δημόσιας αναφοράς, η πολιτική eQS άλλαξε. Στην αρχή, τα νοσοκομεία υποχρεούνταν να αποκαλύπτουν μεμονωμένα αποτελέσματα μετρήσεων για 30 QI ξεκινώντας από το έτος αναφοράς του 2006. Επί του παρόντος, υπάρχει ανάγκη παροχής πληροφοριών για περίπου 300 QI. Τα νοσοκομεία είχαν ήδη αποκτήσει τα απαραίτητα δεδομένα για τον υπολογισμό του QI και τα είχαν αναφέρει στους αξιολογητές μέχρι τη στιγμή που ελήφθη η αρχική απόφαση να καταστεί υποχρεωτική η αναφορά στα μέσα του 2007. Έτσι, οι ιατρικές εγκαταστάσεις είχαν ήδη διαθέσιμα τα απαραίτητα στοιχεία και δεν είχαν ανάγκη για περισσότερη διαφάνεια. Ο νοσοκομειακός τομέας στη Γερμανία ανήκε ιστορικά σε μια σειρά διαφορετικών οντοτήτων. Ιδιωτικό κερδοσκοπικού χαρακτήρα,

φιλανθρωπικό/ιδιωτικό μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (συχνά ιδιοκτησία θρησκευτικών ιδρυμάτων) και δημόσιο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι οι τρεις κατηγορίες στις οποίες μπορούν να ενταχθούν τα νοσοκομεία (Yaman, 2018).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία είναι πιο συντηρητικά με οικειοθελώς αποκαλυπτόμενες πληροφορίες, αλλά πιο δημιουργικά στη δημιουργία και χρήση αναφορών ποιότητας για δημόσιες σχέσεις και στόχους μάρκετινγκ. Ωστόσο, δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί εάν τα νοσοκομεία βελτιώνουν πραγματικά την ποιότητα της θεραπείας ως αποτέλεσμα του QR ή εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ κερδοσκοπικών και μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων. Από το 2004 έως το 2008, το eQS αποκάλυψε μια σταθερά ανοδική τάση στην ποιότητα της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. (Auras, et al., 2012)

Από το 2012, ένας από τους κύριους στόχους των μεταρρυθμιστικών δραστηριοτήτων είναι η διασφάλιση ότι οι ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία υψηλής ποιότητας. Η ίδρυση του Ινστιτούτου Διασφάλισης Ποιότητας και Διαφάνειας στην Υγεία (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – IQTIG) ήταν ένα σημαντικό γεγονός στην ιστορία της διασφάλισης ποιότητας. Αυτό συνέβη ως αποτέλεσμα της Περαιτέρω Ανάπτυξης των Χρηματοοικονομικών Δομών και της Ποιότητας στον Νόμο περί Ασφάλισης Υγείας. Η πρωταρχική ευθύνη της IQTIG είναι να συγκεντρώσει τα ανόμοια προγράμματα διασφάλισης ποιότητας που υπάρχουν ήδη για δευτεροβάθμια και πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή (G-BA), που αποτελεί στη Γερμανία τον κύριο φορέα λήψης αποφάσεων, ίδρυσε μετά από νομοθετική εντολή, στις 21 Αυγούστου 2014, το Ινστιτούτο Διασφάλισης Ποιότητας και Διαφάνειας στην Υγεία (IQTIG) με έδρα το Βερολίνο το οποίο, σύμφωνα με το καταστατικό του, είναι επιστημονικά ανεξάρτητο και παρέχει συμβουλευτική επιστημονική υποστήριξη στην Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή γνωμοδοτώντας σε θέματα που αφορούν στην ποιότητα στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια υγεία. Βασική αποστολή του Ινστιτούτου είναι η θέσπιση δεικτών ποιότητας με βάση τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών, το βαθμό ικανοποίησης αυτών αλλά και το εκάστοτε κόστος των υπηρεσιών. Επίσης, η εξασφάλιση των μέσων που θα διασφαλίζουν αυτή την ποιότητα, η συμμετοχή στην εφαρμογή αυτών των μέσων καθώς και η αξιολόγηση της σωστής εφαρμογής και των αποτελεσμάτων αυτής. Τα αποτελέσματα όλης αυτής της διαδικασίας δημοσιεύονται σε διαδικτυακές πλατφόρμες διαθέσιμες στο ευρύ κοινό και είναι κατανοητές ώστε να μπορούν εύκολα οι πολίτες να συγκρίνουν τα διάφορα νοσοκομεία σύμφωνα με την ποιότητα των υπηρεσιών τους. Για να επιτευχθεί το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα είναι απαραίτητος ο συντονισμός και η ευθυγράμμιση όλων των εμπλεκόμενων παραγόντων στις διαδικασίες εφαρμογής των μέτρων διασφάλισης ποιότητας,

η ανάπτυξη κοινών και ενιαίων στόχων ώστε να επικεντρωθούν οι διαθέσιμοι πόροι στους τομείς εκείνους που φαίνεται ότι υστερούν και απαιτούν μεγαλύτερη ενίσχυση. Πρόκειται για μια διαδικασία δυναμική. Οι αρχές διασφάλισης ποιότητας αξιολογούνται διαρκώς και επαναπροσαρμόζονται ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες (Kebler, 2017).



Εικόνα 3.5 Αναφερόμενη από τους πολίτες ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη (OECD, 2016)

Διασφάλιση καθολικής πρόσβασης για όλους τους πολίτες. Παρόλο που η ασφάλιση υγείας στη Γερμανία είναι υποχρεωτική και η καθολική κάλυψη αγγίζει το 99,9% (OECD, 2021), είναι ιδιαίτερα πιθανό, άνεργοι και αυτοαπασχολούμενοι να μην έχουν ασφάλιση υγείας. Από το 2015 μέχρι το 2019 οι ανασφάλιστοι μειώθηκαν από 79000 σε 61000. Η νομοθεσία του 2013 και 2018 είχε στόχο να μην υπάρχει κανείς ανασφάλιστος λόγω οικονομικών και διοικητικών εμποδίων που είναι και τα σημαντικότερα. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες χωρίς χαρτιά, τους πρώτους 15 μήνες έχουν περιορισμένη κάλυψη και

δικαιούνται μόνο επείγουσα περίθαλψη. Το 2019, μόνο το 0,3% του πληθυσμού ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής με Μ.Ο. στην Ευρώπη το 1,7%. (OECD, 2021). Το δημόσιο σύστημα παρέχει διπλάσια κάλυψη για οδοντιατρική φροντίδα από το Μ.Ο. της Ευρώπης. Με σκοπό τη βελτίωση της πρόσβασης στη φαρμακευτική αγωγή, οι γερμανικές πολιτικές επέβαλαν υποχρεωτικές εκπτώσεις στις τιμές αναφοράς για ομάδες συγκρίσιμων φαρμάκων με αποτέλεσμα η Γερμανία να είναι πρώτη στην Ευρώπη σε ποσοστό κατανάλωσης γενόσημων φαρμάκων. Ταυτόχρονα, το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν ακάλυπτες ανάγκες για φαρμακευτική αγωγή είναι το μισό από τον Μ.Ο. της Ευρώπης (OECD, 2021).

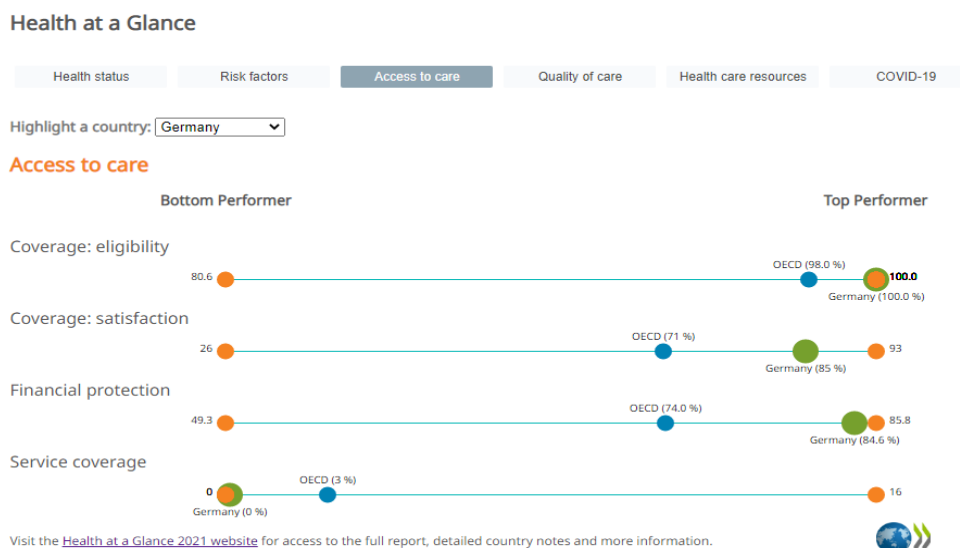
Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους των προσπαθειών μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης κατά την τελευταία δεκαετία ήταν να εξαιρεθούν οι ανισότητες στην πρόσβαση των ασθενών στη θεραπεία (και να αποτραπεί η ανάπτυξη περιοχών που δεν εξυπηρετούνται ή υποεξυπηρετούνται). Το 2011, η κυβέρνηση εισήγαγε τον Νόμο περί Δομών Φροντίδας SHI (Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV) για να βελτιώσει την παροχή φροντίδας εξωτερικών ασθενών. Η Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή είχε επιφορτιστεί με τη θέσπιση νέων αναλογιών γιατρών-ασθενών που έλαβαν υπόψη τους περιφερειακούς δημογραφικούς παράγοντες και τη νοσηρότητα (Haux, 2018).

Υιοθέτησε ακόμα τη δημιουργία ενός νέου «διαρθρωτικού ταμείου» και πρόσθετες αλλαγές στο σύστημα αποζημίωσης εισήχθησαν για την παροχή οικονομικών κινήτρων για τους γιατρούς που εργάζονται σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές, ενώ η υπερπροσφορά περιορίστηκε με την άρνηση ανανέωσης αδειών για νέους γιατρούς. Ιδιαίτερα εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη, όπως θεραπεία ασθενειών με σοβαρές προοδευτικές μορφές (όπως HIV/AIDS, σκλήρυνση κατά πλάκας, καρκίνοι) ή σπάνιες ασθένειες (όπως φυματίωση, κυστική ίνωση, νόσος Wilson) και εξαιρετικά εξειδικευμένες διαδικασίες (όπως υπολογιστική τομογραφία/επεμβατική θεραπεία πόνου με τη βοήθεια μαγνητικής τομογραφίας), έχουν επίσης εισαχθεί στον εξωνοσοκομειακό τομέα, σηματοδοτώντας μια ακόμη αλλαγή σε αυτόν τον κλάδο (Munir & Worm, 2016).

Οι επαγγελματίες στον ιατρικό τομέα, τις κλινικές και τα νοσοκομεία μπορούν πλέον να παρέχουν αυτές τις επιλογές συμπληρωματικής φροντίδας στους ασθενείς τους. Το 2013, με σκοπό τη διασφάλιση της πρόσβασης στο φάρμακο σε μειονεκτούσες περιοχές, δόθηκαν ισχυρά χρηματικά κίνητρα στα φαρμακεία που παρέχουν φροντίδα μετά το ωράριο λειτουργίας τους. Επιπλέον, το 2015, θεσπίστηκε ο νόμος για την ενίσχυση της υγειονομικής

περίθαλψης (Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV). Ο νόμος του περιελάμβανε μια σειρά μέτρων που αποσκοπούσαν στην περαιτέρω ρύθμιση της παροχής εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών προκειμένου να αυξηθεί η πρόσβαση σε φροντίδα υψηλής ποιότητας και να ενισχυθεί ο συντονισμός μεταξύ των τομέων, όπως:

- Προώθηση της ίσης πρόσβασης στην περίθαλψη: οι δήμοι είχαν τη δυνατότητα να λειτουργούν κέντρα ιατρικής περίθαλψης με δικά τους δικαιώματα και πρόσθετα οικονομικά κίνητρα διατέθηκαν για τους γιατρούς σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές. Ο κύριος μηχανισμός αποσκοπούσε στο να γίνουν οι προαναφερθείσες υπηρεσίες πιο προσιτές σε όσους ζουν σε περιοχές με χαμηλό εισόδημα.
- Εγκατάσταση Σημείου Εξυπηρέτησης Ραντεβού: Κάθε Περιφερειακός Σύλλογος Ιατρών SHI πρέπει να εγκαταστήσει ένα "Σημείο Εξυπηρέτησης Ραντεβού" από το 2016. Οι ασθενείς που χρειάζονται ραντεβού μπορούν να επικοινωνήσουν με αυτές τις τηλεφωνικές γραμμές, οι οποίες συντονίζουν τον προγραμματισμό των ραντεβού με (ειδικούς) παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας εντός τεσσάρων εβδομάδων και σε «εύλογη» γεωγραφική απόσταση. Αυτά τα σημεία κανονίζουν ραντεβού μόνο για όσους έχουν έγκυρη αναφορά από γιατρό ή άλλον επαγγελματία υγείας. Η αποτελεσματικότητα αυτού του νόμου ενισχύθηκε πρόσφατα το 2019 (Munir & Worm, 2016).



Εικόνα 3.6 Η ικανοποίηση των πολιτών από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στη Γερμανία (OECD, 2021).

TYPE OF CHOICE	IS IT AVAILABLE?	DO PEOPLE EXERCISE CHOICE? ARE THERE ANY CONSTRAINTS (E.G. CHOICE IN THE REGION BUT NOT COUNTRYWIDE)? OTHER COMMENTS?
Choices around coverage		
Choice of being covered or not	No	Mandatory to be covered either in SHI or PHI
Choice of public or private coverage	No – only under specific circumstances	Choice of private coverage for specified population groups, e.g. certain self-employed or employees with higher income (see Section 3.3.1 Coverage)
Choice of purchasing organization	Yes	Free choice of sickness fund (for SHI) or private health insurer (for PHI)
Choices of provider		
Choice of primary care practitioner	Yes	Free choice
Direct access to specialists	Yes	Free choice
Choice of hospital	Yes	Free choice
Choice to have treatment abroad	Yes	Covered if in ambulatory care (in SHI)
Choices of treatment		
Participation in treatment decisions	Yes	According to §630c BGB, provider and patient should collaborate within the treatment process
Right to informed consent	Yes	Mandatory for every medical procedure (§630d BGB)
Right to request a second opinion	Yes	By law, for elective surgeries (§27b SGB V), also possible for any other treatment (SHI)
Right to information about alternative treatment options	Yes	Mandatory for providers (§630e BGB)

Εικόνα 3.7 Οι ελεύθερες επιλογές των πολιτών στη Γερμανία ενισχύουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις δομές υγείας (European observatory, 2020)

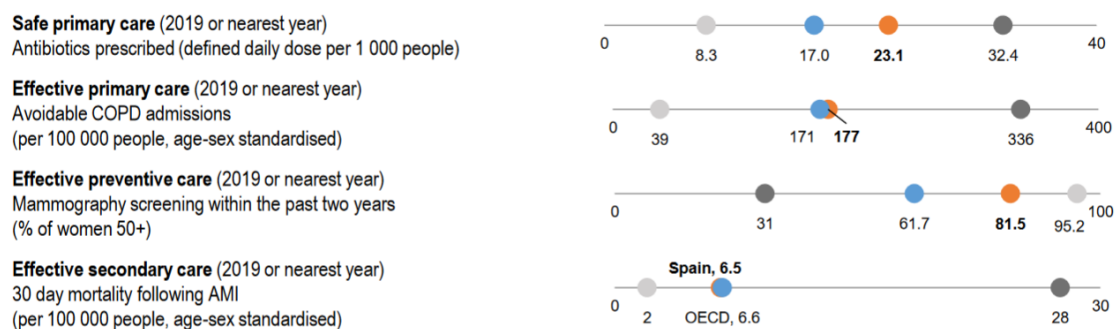
3.2.2 Δεύτερη χώρα μελέτης (Ισπανία)

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία και βασίζεται στην καθολική κάλυψη. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τον κεντρικό σχεδιασμό ενώ το διαπεριφερειακό συμβούλιο που αποτελείται από τον εθνικό υπουργό και τους 17 περιφερειακούς υπουργούς υγείας είναι αρμόδιο για τον συντονισμό των δράσεων υψηλού επιπέδου στα περιφερειακά συστήματα υγείας. Οι 17 υγειονομικές περιφέρειες έχουν αναλάβει τον επιχειρησιακό συντονισμό σε περιφερειακό επίπεδο, την κατανομή των πόρων και την αγορά και παροχή υπηρεσιών. (European Observatory, 2021)

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα χαρακτηρίζεται από πλουραλιστικά στοιχεία καθώς παρέχεται από πολυάριθμους τοπικούς φορείς. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αγγίζουν το 29% του συνόλου αλλά η ιδιωτική ασφάλιση δεν είναι προσιτή στους ασθενέστερους, ωστόσο αυξάνει τις επιλογές και μειώνει την αναμονή. Σε πρόσφατες μελέτες Ισπανία εμφανίζεται πρώτη στο προσδόκιμο ζωής με 83,4 έτη. (Αντωνίου et al., 2021)

Η κάλυψη στο σύστημα υγείας της Ισπανίας είναι διπλή. Δημόσια και ιδιωτική. Τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε ειδικούς γιατρούς και στην προληπτική Ιατρική ενώ τα κατώτερα χρησιμοποιούν κυρίως την Πρωτοβάθμια περίθαλψη και τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Το ιδιωτικό σύστημα υγείας αναπτύσσεται σταθερά από το 1990 και επιταχύνθηκε με την οικονομική κρίση ενώ σε συνδυασμό με τις περικοπές στη δημόσια υγεία οδηγούν σε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για τα ισχυρά κοινωνικά στρώματα και σε αύξηση χρήσης της Δημόσιας Υγείας για τα χαμηλά εισοδήματα. (Serapioni, 2017)

Many major indicators of quality of care are good, though rates of antibiotic prescribing are high



Εικόνα 3.8 Βασικοί δείκτες ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης στην Ισπανία (OECD, 2021)

3.2.2.1 Δομή και οργάνωση του συστήματος υγείας

Η Carta de Derechos y Deberes ιδρύθηκε από τη Sistema Sanitario Publico (δημόσια υπηρεσία υγείας) το 1998 ως επίσημη εντολή τόσο για τους γιατρούς όσο και για τους ασθενείς που περιγράφει την υπηρεσία στην οποία δικαιούνται (Χάρτης Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων). Το εθνικό σύστημα έχει αποκεντρωθεί από το 2002, γεγονός που έδωσε στις περιφερειακές αρχές υγειονομικής περίθαλψης τη δυνατότητα να σχεδιάσουν, να προσαρμόσουν και να βελτιώσουν τις διαθέσιμες υποδομές, με αποτέλεσμα να επέλθει τεράστια ανάπτυξη στον τομέα της τεχνολογίας της υγείας, ιδίως στη χρήση της τεχνολογίας πληροφοριών (Health Management, 2010).

Προκειμένου να αποφευχθεί η συγκέντρωση των υπηρεσιών υγείας στις μεγάλες πόλεις, έγιναν αλλαγές για την περιφερειοποίηση του συστήματος και την παροχή πρόσβασης σε όλους τους πολίτες. Ως αποτέλεσμα, οι χρόνοι ανταπόκρισης έχουν μειωθεί και ο στοχευόμενος πληθυσμός έχει εμπλακεί περισσότερο στον σχεδιασμό και τη διαχείριση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο. Υπάρχουν πλέον τρία επίπεδα οργάνωσης στο σύστημα:

1. Κεντρική οργάνωση (Organizacion de la Administracion Central): Σε αυτό το επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας (Ministerio de Sanidad y Consumo) λειτουργεί ως η κεντρική διοικητική υπηρεσία, που είναι υπεύθυνη για τη διατύπωση συστάσεων για την υγεία, την ανάπτυξη και την επιβολή των κυβερνητικών προτύπων υγείας και τον συντονισμό των προσπαθειών για τη μείωση της κατάχρησης ναρκωτικών.

2. Αυτόνομη οργάνωση (Organizacion Autonómica): Η παροχή ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης στον περιφερειακό πληθυσμό καθεμιάς από τις 17 Αυτόνομες Κοινότητες της Ισπανίας (Comunidades Autonomas) εμπίπτει στην αρμοδιότητα καθεμιάς από αυτές τις Κοινότητες, οι οποίες είναι αρμόδιες να το πράξουν μέσω των δικών τους εγκαταστάσεων και ιδρυμάτων.

3. Τοπική οργάνωση (Areas de salud): Λαμβάνοντας υπόψη τα δημογραφικά στοιχεία, τη γεωγραφία, το κλίμα, τα κοινωνικοοικονομικά στοιχεία, την απασχόληση, την επιδημιολογία και τον πολιτισμό, οι περιοχές αυτές καθιερώνονται και αναλαμβάνουν την ευθύνη για την κεντρική διαχείριση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε επίπεδο Αυτόνομης Κοινότητας. Για να αυξηθεί η λειτουργικότητα και η αποτελεσματικότητα, οι περιοχές αυτές υποδιαιρούνται σε μικρότερες μονάδες που ονομάζονται βασικές ζώνες υγείας. (Bernal, et al., 2018).

Το Διαπεριφερειακό Συμβούλιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας ιδρύθηκε για να προωθήσει την ενότητα εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ισπανίας προστατεύοντας σθεναρά τα δικαιώματα των πολιτών σε ολόκληρη τη χώρα. Αυτό το συμβούλιο λειτουργεί ως μόνιμο όργανο συντονισμού μεταξύ των περιφερειακών κυβερνήσεων και της Γενικής Κρατικής Διοίκησης. Στο Συμβούλιο συμμετέχουν ο Υπουργός Υγείας, Κοινωνικών Υπηρεσιών και Ισότητας και οι Υπουργοί Υγείας των περιφερειακών κυβερνήσεων και πόλεων που ανήκουν στο Κράτος των Αυτόνομων Περιφερειών (Lamoncloa, 2022).

Σύμφωνα με τις εντολές του Γενικού Νόμου για την Υγεία, το διοικητικό όργανο κάθε περιφέρειας έχει εγκρίνει το δικό του σύνολο κανόνων που, χωρίς να παρεκκλίνουν από τις υποκείμενες νομικές αρχές του νόμου, ορίζουν το πλαίσιο εντός του οποίου λειτουργεί το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της περιοχής. Η Υγειονομική Υπηρεσία κάθε περιοχής συντονίζει και επιβλέπει όλες τις ιατρικές εγκαταστάσεις και υπηρεσίες της περιοχής που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο. Το Περιφερειακό Τμήμα Υγείας της περιφερειακής κυβέρνησης είναι αρμόδιο για τον καθορισμό προτύπων για τη δημόσια υγεία, τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας (Legido-Quigley, Mateos, Regulez, & Sanchez, 2020).

Οργανωτικά το SNS (Εθνικό Σύστημα Υγείας) συγκροτείται σύμφωνα με τα ιδρυτικά του ιδανικά. Ο καθολικός και κοινός χαρακτήρας του συστήματος απαιτεί την απεριόριστη πρόσβαση όλων των ανθρώπων στα οφέλη του. Επιπλέον, δεδομένου ότι λαμβάνει δημόσια χρηματοδότηση, πρέπει να τηρεί τα πρότυπα αποτελεσματικότητας στις δαπάνες του. Εξαιτίας αυτού, το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι δομημένο γύρω από δύο επίπεδα φροντίδας. Στην πρώτη βαθμίδα οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι άμεσα διαθέσιμες και είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία της συντριπτικής πλειοψηφίας των ασθενών με τα πιο κοινά ιατρικά προβλήματα (Aguilar-Gil & Jose Maria, 2016).

Στη δεύτερη βαθμίδα, στο επίπεδο της ειδικής φροντίδας, βρίσκονται τα πιο εξελιγμένα και ακριβά διαγνωστικά ή/και θεραπευτικά εργαλεία στο σύστημα. Χωρίς ένα κεντρικό σύστημα μέσω του οποίου οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης συνιστούν περαιτέρω αντιμετώπιση για τους ασθενείς τους, η αποτελεσματικότητα αυτών των ταμείων είναι φτωχή. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται μέσω νοσοκομείων και κλινικών που απασχολούν ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γενικών ιατρών, παιδιάτρων, νοσοκόμων, διοικητικών στελεχών και άλλου προσωπικού υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένων κοινωνικών λειτουργών, μαιών, φυσιοθεραπευτών και

φαρμακοποιών. Η εξέχουσα θέση αυτής της εγκατάστασης στην κοινότητα απαιτεί να διαδραματίσει ρόλο τόσο στην πρόληψη ασθενειών όσο και στην προαγωγή της υγείας (Bernal-Delgado, 2018).

3.2.2.2. Μεταρρυθμίσεις υγείας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας

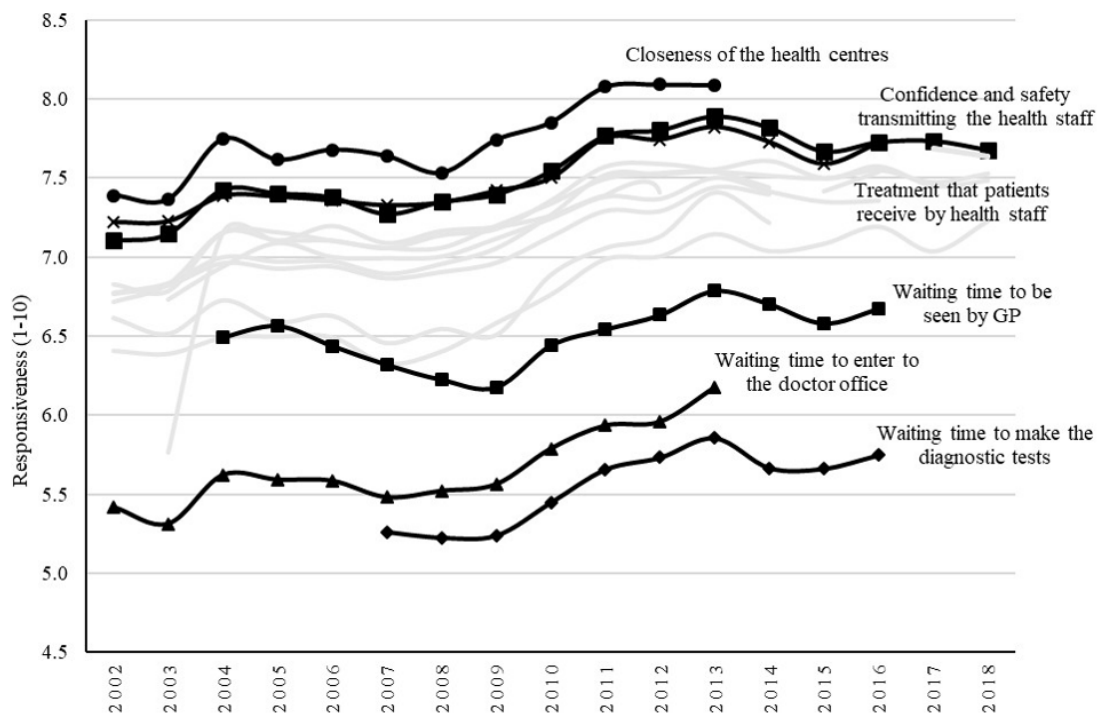
Το ισπανικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από μια μακρά παράδοση στην ανάπτυξη και εφαρμογή παρεμβάσεων για την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με πιο πρόσφατες το Σχέδιο Ποιότητας του 2010, το Εθνικό Σχέδιο για την Ανθεκτικότητα στα Αντιβιοτικά (2014), την Εθνική Στρατηγική για την Ασφάλεια των Ασθενών (2016), τη Δέσμευση των Επιστημονικών Εταιριών για την Ποιότητα (2017), το Εθνικό Σχέδιο για την Ανάπτυξη και Εφαρμογή Κλινικών Κατευθυντήριων Γραμμών (2017). Ωστόσο, παρά τις προσπάθειες δημιουργίας κουλτούρας ποιότητας και ευαισθητοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού πάνω σ αυτό το ζήτημα, τα αποτελέσματα παραμένουν αμφίβολα. Για παράδειγμα, ενώ οι δείκτες ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας εμφανίζουν μείωση για καρδιαγγειακές νόσους και αντιμετώπιση καταγμάτων οι υπόλοιποι δείκτες παραμένουν σταθεροί και μερικοί από αυτούς έχουν αυξηθεί. Σημαντικές διαφορές επίσης παρατηρούνται στην ποιότητα και ασφάλεια μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων ενώ η καταλληλότητα των θεραπειών σε ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις εμφανίζει επιδείνωση σε σχέση με το 2011 (από 5,9 σε 6,8 το 2016). Περίπου το 25-30% των πολιτών πιστεύει ότι απαιτούνται βαθιές μεταρρυθμίσεις στην υγεία, αν και η ικανοποίηση των ασθενών από το Σύστημα Υγείας παραμένει σε υψηλά επίπεδα ακόμα και στα χρόνια της οικονομικής κρίσης καθώς οι περισσότεροι δηλώνουν ότι έλαβαν «καλή» ή «πολύ καλή» περίθαλψη ιδίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Παρόλο που η Ισπανία το 2016 κατείχε τη 16^η θέση στην Ευρώπη στην κατάταξη της διαφάνειας, ωστόσο, με την πάροδο των ετών, προχώρησε σε μεταρρυθμίσεις που ενίσχυσαν τα δικαιώματα των ασθενών και διασφάλισαν την πρόσβασή τους σε χρήσιμες πληροφορίες για τις υπηρεσίες υγείας όπως οι χρόνοι αναμονής στα νοσοκομεία, οι παροχές που δικαιούνται βάσει νόμου, η δυνατότητα πρόσβασης στους προσωπικούς τους ιατρικούς φακέλους ή σε διαδραστικούς διαδικτυακούς τόπους. Το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γιατρού καθώς και η δυνατότητα συμμετοχής των ασθενών στις αποφάσεις για τη θεραπευτική αγωγή, αν και προβλέπονται από το νόμο, σε πολλές περιπτώσεις είναι εκ των πραγμάτων αδύνατη. (European Observatory, 2018).

Για την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, μία ετήσια έρευνα διεξάγεται από το 1993, κάθε χρόνο, από το Υπουργείο Υγείας που ονομάζεται Βαρόμετρο Υγειονομικής Περίθαλψης (The Spanish Healthcare Barometer Survey) που έχει στόχο να διερευνήσει το

επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, τις πολιτικές υγείας και από το σύστημα υγείας γενικότερα. Ταυτόχρονα αξιολογεί το επίπεδο γνώσης των πολιτών για τις παροχές υγείας και τα δικαιώματά τους. Η έρευνα περιλαμβάνει περίπου 8000 συνεντεύξεις ετησίως, είναι πολυσταδιακή και διαστρωματωμένη κατά συστάδες. Διεξάγεται σε όλες τις περιφέρειες και τους δήμους και καλύπτει δειγματοληπτικά όλο τον ενήλικο πληθυσμό της χώρας ανά φύλο και ηλικία. Τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιοποιούνται κάθε χρόνο και είναι προσβάσιμα και διαθέσιμα σε όλους τους πολίτες. Οι πολίτες καλούνται να αξιολογήσουν τους διάφορους τομείς του συστήματος υγείας όπως:

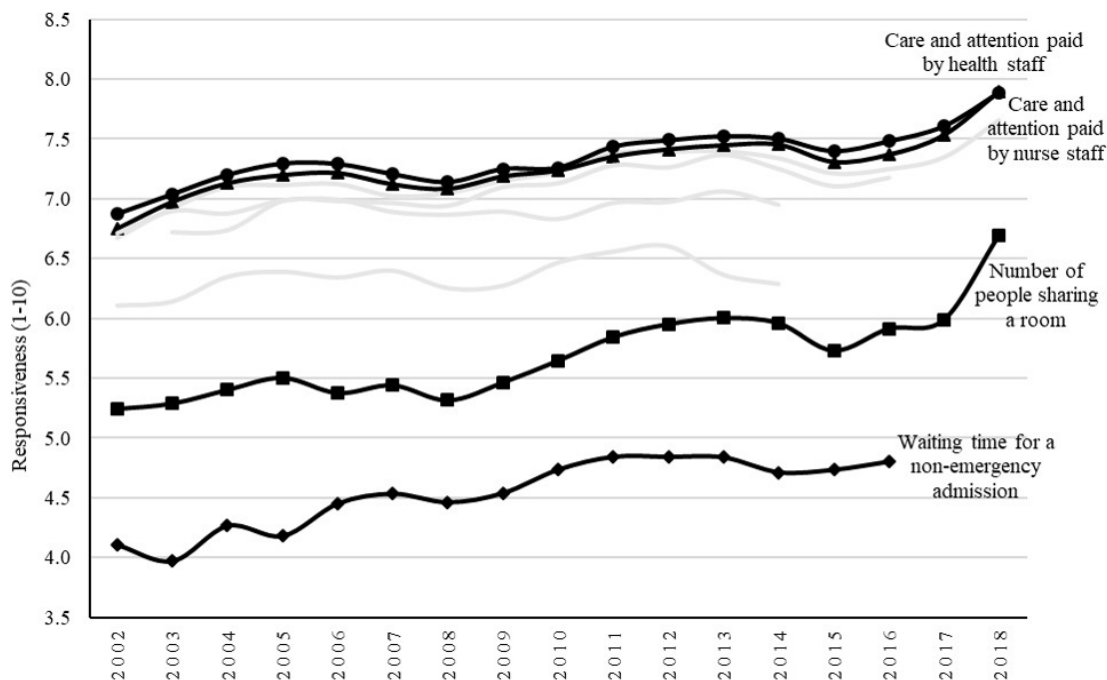
- οι λίστες αναμονής
- οι πολιτικές δημόσιας υγείας
- η ισότητα στην παροχή υπηρεσιών
- τα παράπονα και τα λάθη κατά την παροχή της περίθαλψης
- η γενικότερη ικανοποίηση από το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας
- η χρήση φαρμάκων

Πρόκειται για μια εθνική έρευνα που χρησιμοποιεί δείκτες για τη μέτρηση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας θεωρούνται απαραίτητο πληροφοριακό εργαλείο για το Σχέδιο Ποιότητας 2010 του ισπανικού Ε.Σ.Υ. ώστε να μπορεί να διασφαλιστεί η υψηλότερη δυνατή ποιότητα του συστήματος υγείας όσο και η πλέον ενημερωμένη συμμετοχή των πολιτών. (Fernandez-Perez, A., 2021) Στις παρακάτω εικόνες ενδεικτικά φαίνεται η σταθερά αυξανόμενη ανταποκρισιμότητα του συστήματος στην πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη από το 2002 έως το 2018:



Εικόνα 3.9 Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Fernandez-Perez, A., 2021)

Figure 2.7. Hospital care service: Level of responsiveness by non-clinical factor (1-10). 2002-2018



Εικόνα 3.10 Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος στη νοσοκομειακή περίθαλψη (Fernandez-Perez, A., 2021)

Διασφάλιση καθολικής πρόσβασης για όλους τους πολίτες

Ο νόμος 7/2018 του Βασιλικού Διατάγματος Ιουλίου 2018 αναγνωρίζει την πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας ως βασικό δικαίωμα για κάθε πολίτη της Ισπανίας. Το νομοσχέδιο τροποποιεί προηγούμενους νόμους (Βασιλικό Διάταγμα Νόμος 16/2012) που απαγόρευε στους παράτυπους μετανάστες να χρησιμοποιούν το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο προηγούμενος νόμος περί βασιλικού διατάγματος 16/2012, που ψηφίστηκε κατά τη διάρκεια της κυβέρνησης Rajoy τον Απρίλιο του 2012, περιορίζει την πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, συνδέοντας την επιλεξιμότητα για θεραπεία με τις πληρωμές κοινωνικής ασφάλισης, μια πρακτική που σχετίζεται άμεσα με την επίσημη εργασία (European Commission, 2018).

Οι μετανάστες σε παράτυπες συνθήκες που δεν είχαν πρόσβαση σε άδειες εργασίας δεν μπορούσαν να πληρώσουν στην Κοινωνική Ασφάλιση και τους απαγορεύτηκε η πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ενώ χορηγήθηκαν εξαιρέσεις για παιδιά, έγκυες γυναίκες και περίθαλψη έκτακτης ανάγκης, πολλοί μετανάστες έχουν αποκλειστεί από το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ισπανία από το 2012. Έτσι, το νέο Βασιλικό Διάταγμα Νόμος 7/2018 καταργεί την υποχρέωση πληρωμής κοινωνικής ασφάλισης και επιστρέφει την πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην κατάσταση πριν από το 2012. Η νέα νομοθεσία ορίζει ότι όλοι οι μετανάστες στην Ισπανία έχουν δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη υπό τις ίδιες συνθήκες με τα άτομα με ισπανική ταυτότητα. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, το Βασιλικό Διάταγμα Νόμος 7/2018 είναι το αποτέλεσμα διαλόγου με τις Ισπανικές Αυτόνομες Κοινότητες, τις επιστημονικές εταιρείες και την κοινωνία των πολιτών. Η νομοθεσία αντιμετωπίζει επίσης τις ανησυχίες διεθνών οργανισμών όπως η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Συμβούλιο της Ευρώπης και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Urdiales, 2021). Στη βελτίωση της προσβασιμότητας έχει συμβάλει σημαντικά η ψηφιοποίηση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) έχουν εισβάλει στις κοινωνίες και στη Δημόσια Διοίκηση. Η χρήση τους στον τομέα της υγείας ολοένα και αυξάνεται με αποτέλεσμα να γίνεται λόγος πλέον για ηλεκτρονική υγεία (eHealth) Το ισπανικό σύστημα υγείας τα τελευταία χρόνια έχει αναδειχτεί ως σημείο αναφοράς σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών αυτών στις οποίες έχει εντάξει και την υπηρεσία mHealth όταν πρόκειται για φορητές ηλεκτρονικές συσκευές όπως smartphones, tablets κ.α. Ειδικά κατά την πανδημία του COVID-19 το 72% του πληθυσμού δήλωνε ότι έλαβε ιατρικές οδηγίες μέσω διαδικτύου (το υψηλότερο ποσοστό στην Ευρώπη όπου ο Μ.Ο. ήταν περίπου 39%). Από τα βασικότερα οφέλη ήταν η ευκολότερη πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η αυτοματοποίηση των διαδικασιών, οι μικρότερες αναμονές, η

βελτίωση της ποιότητας, η μείωση του κόστους και η μεγαλύτερη ασφάλεια τόσο των χρηστών όσο και των επαγγελματιών υγείας. Όλα αυτά οδήγησαν σε μια νέα εκδοχή ασθενών, τους ηλεκτρονικούς ασθενείς (ePatients) οι οποίοι όχι μόνο ελέγχουν και παρακολουθούν την υγεία τους ευκολότερα αλλά ενημερώνονται και συμμετέχουν οι ίδιοι στις αποφάσεις γύρω από αυτήν. Ορισμένες υπηρεσίες που ήδη έχουν ευρεία απήχηση στους πολίτες είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η εξασφάλιση ραντεβού μέσω διαδικτύου, η τήρηση ηλεκτρονικού αρχείου που περιλαμβάνει όλο τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς, η παροχή τηλεβοήθειας και τηλεφροντίδας. Ωστόσο, άλλες εφαρμογές όπως η τηλεϊατρική και η διαχείριση ψηφιακών απεικονίσεων βρίσκονται ακόμα σε στάδια που επιδέχονται περαιτέρω βελτίωση. Η υπηρεσία mHealth που αφορά αποκλειστικά τη χρήση φορητών συσκευών γνωρίζει ραγδαία εξέλιξη. Πρόκειται για εφαρμογές που στοχεύουν κυρίως στην πρόληψη και στην προαγωγή υγείας καθώς εξειδικεύονται στην άθληση ή την ευεξία, στις διατροφικές συνήθειες, το άγχος ή σε ειδικές καταστάσεις όπως η εγκυμοσύνη, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ψυχική υγεία, οι χρόνιες παθήσεις και γενικά η συλλογή δεδομένων και στοιχείων με σκοπό τη βελτίωση της ιατρικής φροντίδας, της ποιότητας των υπηρεσιών και του συστήματος γενικότερα. (Mahou et al., 2021).

Το 2019, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας που αφορούν κόστος, την απόσταση ή τους χρόνους αναμονής ήταν μόνο 0,2 % του πληθυσμού με τον Μ.Ο. της ΕΕ να είναι 1,7 %. Από το 2017 μια σειρά μέτρων ψηφίστηκε με σκοπό τη μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης των ιατρικών δαπανών για τα νοικοκυριά. Το Μάιο του 2020 και τον Ιανουάριο του 2021 ψηφίστηκαν νέες απαλλαγές από τη συμμετοχή 33% για φαρμακευτικές δαπάνες. Τα μέτρα αποσκοπούσαν στη βελτίωση της πρόσβασης στο φάρμακο για χαμηλόμισθους, άτομα με αναπηρία και χαμηλοσυνταξιούχους. Από το 2020 και με σκοπό τη μείωση των γεωγραφικών εμποδίων στην πρόσβαση, πραγματοποιήθηκαν αλλαγές στην εκπαίδευση με ιδιαίτερη έμφαση στις ειδικότητες οικογενειακής και κοινοτικής ιατρικής. Η Ευρωπαϊκή Ένωση χρηματοδοτεί Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας με σκοπό την επέκταση της κάλυψης σε τομείς όπως η οδοντιατρική περίθαλψη, η προληπτική ιατρική και η προαγωγή υγείας (OECD, 2021).

3.2.3 Τρίτη χώρα μελέτης (Ελλάδα)

Σύστημα υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι το σύνολο των πόρων (ανθρώπινοι, υλικοί και οικονομικοί), όπως επίσης και των διάφορων οργανισμών, φορέων και ιδρυμάτων που έχουν σαν σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος του συστήματος υγείας περιλαμβάνει επίσης την προστασία των πολιτών από το οικονομικό κόστος της περίθαλψης, την αξιοπρεπή αντιμετώπισή τους και την ικανοποίησή τους από τη λήψη των υπηρεσιών υγείας. Για να πετύχει τους στόχους του ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να πληροί τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της ισότητας στην πρόσβαση και στη λήψη φροντίδας και τέλος να πληροί τους όρους της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Οικονόμου, 2018)

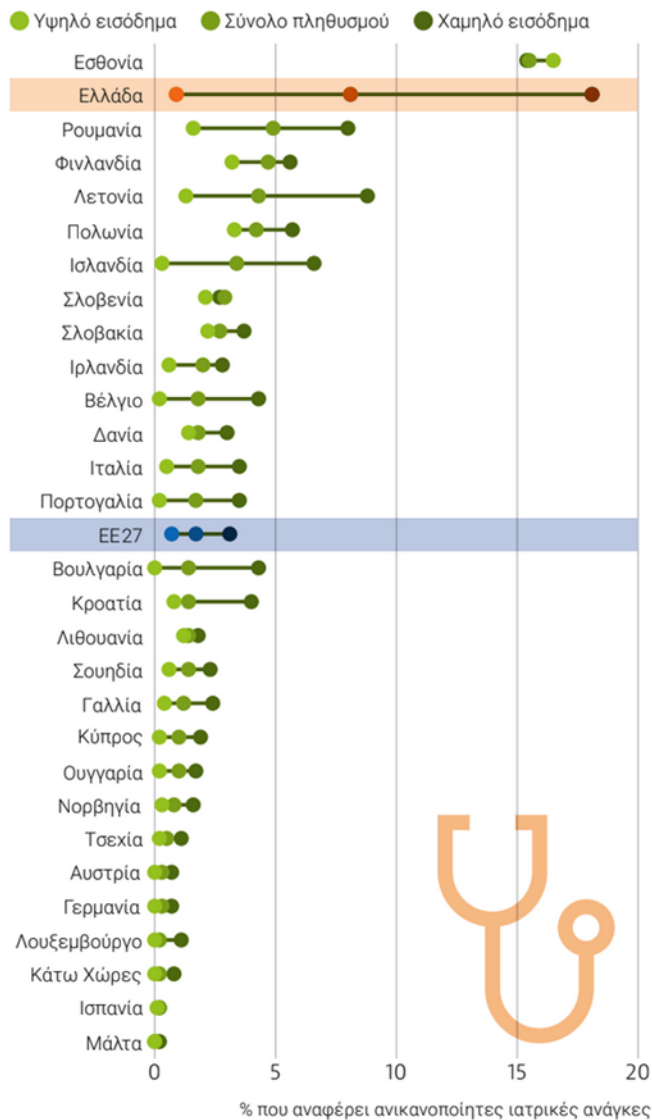


Πίνακας 3.4. Το πλαίσιο του Π.Ο.Υ. για τα συστήματα υγείας. (Οικονόμου και Παντελή, 2018)

Η θέσπιση του **Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)** το 1983 είναι ίσως η σημαντικότερη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας την περίοδο της μεταπολίτευσης. Η εφαρμογή της πέτυχε σε μεγάλο βαθμό γιατί αποτελούσε καθολική απαίτηση της κοινωνίας, υπήρξε πολιτική βούληση και ικανοποιητική χρηματοδότηση καθώς και υποστήριξη από μεγάλο ποσοστό του Ιατρικού σώματος. (Τούντας και συν., 2020)

Το ΕΣΥ θεσπίστηκε το 1983 και αυτή τη στιγμή ο μέσος συνολικός δείκτης ικανοποίησης είναι μόνο 34,6%. Υψηλή ικανοποίηση καταγράφεται για τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και για την επάρκεια του ιατρικού εξοπλισμού. Αντίθετα χαμηλή ικανοποίηση σχετίζεται με τις υποδομές και εγκαταστάσεις, με τους χρόνους αναμονής, τις συμπληρωμές

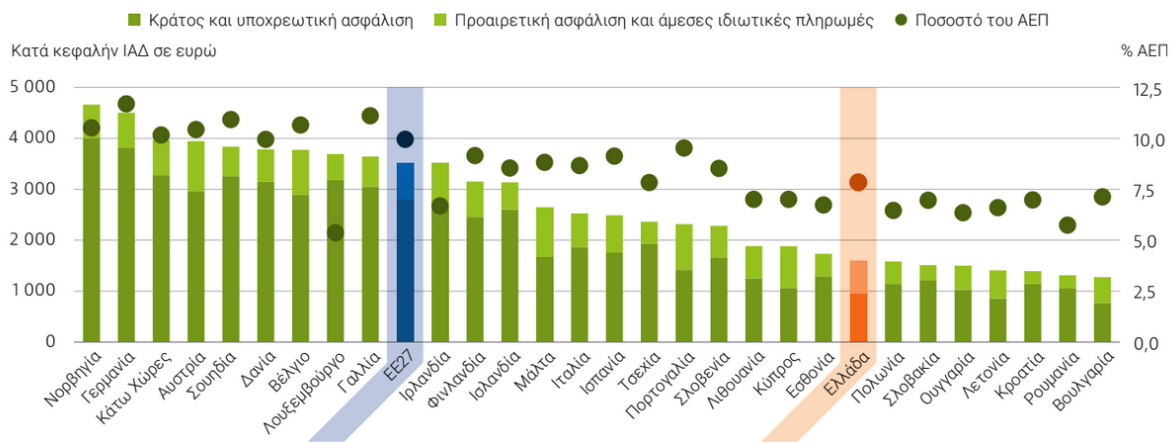
σε εξετάσεις και τις διοικητικές υπηρεσίες. Πρόκειται για μερικά από τα αδύνατα σημεία του συστήματος που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και καταδεικνύουν την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης και ορθότερης κατανομής των σπάνιων πόρων. (Drosos et al., 2018)



Εικόνα 3.11 Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη (OECD, 2021)

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης είναι γενική φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση ενώ παράλληλα συνυπάρχει ένα ισχυρό σύστημα ιδιωτικής υγείας. Οι Δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ανέρχονται στο 5% του ΑΕΠ ενώ στην Ευρώπη αγγίζουν το 7,2%. Οι άτυπες πληρωμές στην Ευρώπη ανέρχονται στο 15% ενώ στην Ελλάδα αγγίζουν το 35%. Η Ελλάδα διαθέτει ένα αδύναμο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης όσον αφορά στην πρόσβαση, τη συνέχιση και την ολοκλήρωση της φροντίδας. Το 1/3 έως 2/3 των επειγόντων

περιστατικών θα μπορούσε να έχει αντιμετωπιστεί σε δομές ΠΦΥ (Giannopoulou and Tsobanoglou, 2020)



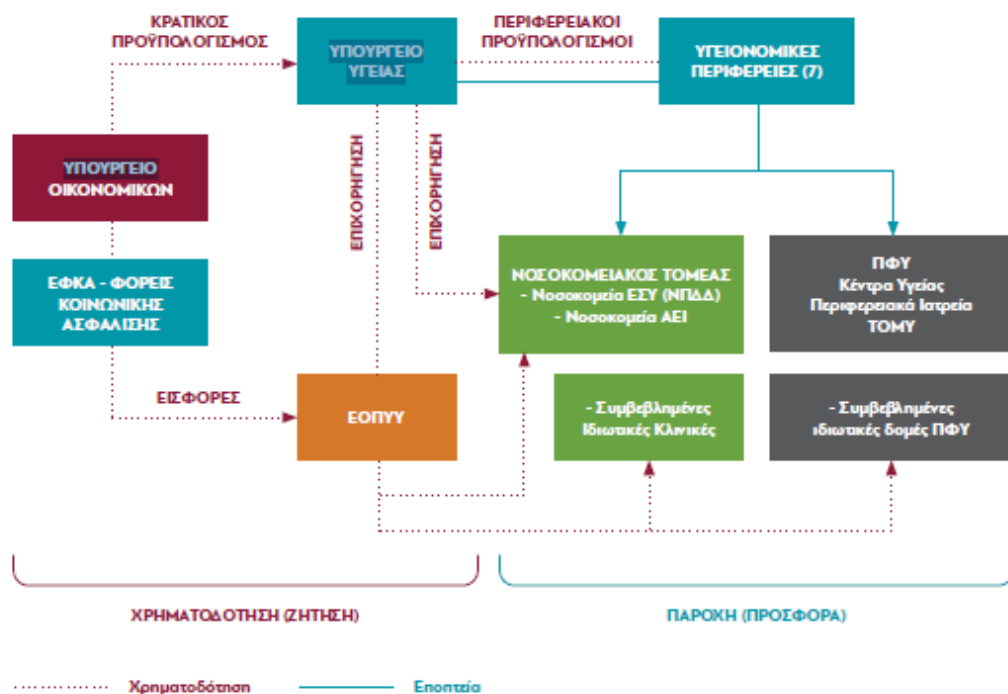
Εικόνα 3.12 Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αντιστοιχούν στο ήμισυ περίπου του μέσου όρου της ΕΕ (OECD, 2021)

Δομή και οργάνωση του ΕΣΥ Το σύστημα υγείας της Ελλάδας χαρακτηρίζεται ως μικτό καθώς εμπεριέχει στοιχεία και από τα δύο βασικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (τύπου Beveridge και Bismarck). Το σημερινό ΕΣΥ απαρτίζεται από 125 νοσοκομεία, 201 Κέντρα Υγείας, 1487 περιφερειακά ιατρεία, 200 περίπου πρώην πολυϊατρεία του ΙΚΑ και 127 τοπικές μονάδες υγείας (Το.Μ.Υ.). Οι Μονάδες αυτές υπάγονται σε 7 υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ). Ο ρόλος των ΥΠΕ είναι κυρίως συντονιστικός και εποπτικός και λιγότερο διοικητικός. Παρά τις προσπάθειες που έγιναν για αποκέντρωση των εξουσιών το Υπουργείο διατηρεί στην ουσία κυρίαρχο ρόλο στον τομέα άσκησης της εξουσίας και αποτελεί κεντρικό φορέα διοίκησης του ΕΣΥ. Έτσι, οι διοικητές και τα Δ.Σ. των νοσοκομείων ορίζονται από το υπουργείο ενώ οι διευθυντές ΕΣΥ των κέντρων υγείας προέρχονται από το προσωπικό τους και ορίζονται από τις διοικήσεις των ΥΠΕ. (Τούντας και συν., 2020).

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα διακρίνονται σε 4 κατηγορίες:

- **Δημοσίου δικαίου** (νοσοκομεία ΕΣΥ και πανεπιστημιακά νοσοκομεία).
- **Ιδιωτικού δικαίου** (μη κερδοσκοπικά ιδρύματα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και ιδρύθηκαν από φιλανθρωπικά ιδρύματα).
- **Ιδιωτικές κλινικές κερδοσκοπικού χαρακτήρα.**
- **Νοσοκομεία με ειδικό καθεστώς** (στρατιωτικά και νοσοκομεία φυλακών).

Από το σύνολο των κλινών το 65% περίπου ανήκει στο δημόσιο τομέα ενώ το 35% ανήκει σε ιδιωτικές κλινικές που στην πλειοψηφία τους είναι μικρής ή μεσαίας κλίμακας, γενικές, μαιευτικές ή ψυχιατρικές, με δυναμικό μικρότερο των 100 κλινών και χαμηλά ποσοστά στελέχωσης ανά κατηγορία προσωπικού ενώ αρκετές από αυτές διατηρούν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ. (Economou et al., 2017).



Εικόνα 3.13. Η δομή του υφιστάμενου ΕΣΥ (Τούντας και συν., 2020)

3.2.3.1 Μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία πριν το 2010

Στη χώρα μας, σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας έγινε με σημαντική καθυστέρηση. Ακόμα περισσότερο καθυστέρησε η θέσπιση ενός νομοθετικού πλαισίου για τη διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία μέσω θεσμοθετημένων μηχανισμών ελέγχου. Μόλις στα τέλη του περασμένου αιώνα, με τον **Νόμο 2519/21-8-1997** θεσπίζεται η σύσταση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, που έχει σαν σκοπό την αξιολόγηση και τη στατιστική και οικονομική ανάλυση των υπηρεσιών υγείας και την υποβολή εκθέσεων στο Υπουργείο Υγείας. Επιφορτίζεται επίσης με τη χορήγηση πιστοποιητικών ποιότητας στους παρόχους υγείας και αναλαμβάνει συνεργασίες με ερευνητικά κέντρα και διεθνείς οργανισμούς. Το παραπάνω Ινστιτούτο δεν λειτούργησε ικανοποιητικά όπως είχε προβλεφθεί από το νόμο. Τέσσερα χρόνια μετά, ιδρύονται τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας με το **Νόμο 2889/2001** με αρμοδιότητα τη σύσταση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας και με την ευθύνη της παροχής πόρων και της υποστήριξης των δομών υγείας καθώς και της αξιολόγησης και παρακολούθησης αυτών βάσει ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών. (Κουλλιάς και συν., 2020). Με τον ίδιο νόμο του 2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», η εκτελεστική επιτροπή του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) ορίζει ειδικές μόνιμες επιτροπές για τον έλεγχο των παρόχων ΠΦΥ, δημόσιων και ιδιωτικών. Το ΠΔ 357/2001 συνιστά **Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας** που θα έχει σκοπό τη θέσπιση και εφαρμογή κριτηρίων ενώ ορίζει ως αποστολή των ΠΕΣΥ την αξιολόγηση των δομών υγείας μέσα από τη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων. Δύο χρόνια μετά, με το **Νόμο 3172/2003** θεσμοθετείται το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας το οποίο γνωμοδοτεί για τη διαμόρφωση σχεδίου παρακολούθησης της ποιότητας των παροχών υγείας καθώς και αξιολόγησης της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας αυτών με σκοπό την οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας. (Κουκουφίλιπου και συν, 2017).

Σημαντικές αλλαγές επιχείρησε να προωθήσει ο **Νόμος 3230/2004** που προέβλεπε μεταξύ άλλων τη βελτίωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών στοχεύοντας στον τρόπο διοίκησης μέσω στρατηγικών στόχων που καθορίζονται από τα ανώτερα κλιμάκια και επιμερίζουν αρμοδιότητες στα κατώτερα. Όλες οι δημόσιες υπηρεσίες υποχρεούνται να λειτουργούν υπό καθεστώς διαχείρισης ολικής ποιότητας. Η αξιολόγηση της πορείας γίνεται μέσω γενικών και ειδικών δεικτών και προβλέπεται η ίδρυση μονάδων αποδοτικότητας και ποιότητας στα υπουργεία αλλά και στις περιφέρειες που θα παρακολουθούν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αλλά και θα προτείνουν τρόπους βελτίωσης. Περαιτέρω, δημιουργούνται τμήματα ερευνών, τεκμηρίωσης, καλύτερων πρακτικών και μετρήσεων αποδοτικότητας. Παράλληλα επιχειρείται η δημιουργία ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και ηλεκτρονικής κάρτας υγείας με σκοπό τη σύνθεση όλων των πληροφοριών των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά οι προσπάθειες μέσω αυτών των καινοτομιών δεν ολοκληρώθηκαν λόγω έλλειψης κεντρικής πολιτικής βούλησης και μειωμένων κονδυλίων. Τέλος, σε μια προσπάθεια εξασφάλισης ισότιμης πρόσβασης σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα ποιοτικής και επαρκούς φροντίδας, προβλέπονταν διαδικασίες αξιολόγησης των κέντρων υγείας που έφταναν μέχρι και τον παροπλισμό όσων δεν πληρούσαν τις απαραίτητες προϋποθέσεις. Αυτές αναφέρονταν στις υποδομές, τον εξοπλισμό, το ανθρώπινο δυναμικό, την ποιότητα των παροχών με σκοπό την ικανοποιητική εξυπηρέτηση του κοινού. Ωστόσο τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων αυτών δεν ήταν αντάξια των προσδοκιών του νομοθετικού πλαισίου. Σε συνέχεια της προσπάθειας, με το **Νόμο 3329/2005** αναβαθμίζεται ο ρόλος των μονάδων ποιότητας και αποδοτικότητας ενώ το Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου ποιότητας επιφορτίζεται με την αρμοδιότητα της υποστήριξης των υπηρεσιών υγείας κατά τη διαδικασία απόκτησης διαπίστευσης ή πιστοποίησης. Η επόμενη ρύθμιση έρχεται με το **Προεδρικό Διάταγμα 21/2006** που προβλέπει τη σύσταση **Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας** στο Υπουργείο Υγείας. Αποστολή της είναι ο κεντρικός έλεγχος της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας μέσα από τη συλλογή δεδομένων από τις τοπικές μονάδες ποιότητας, την επεξεργασία και αξιολόγηση αυτών, τον εντοπισμό των προβλημάτων και την υποβολή προτάσεων εφαρμογής μέτρων βελτίωσης βάσει μιας συνεχούς ανατροφοδότησης από τους πολίτες. (Κουλλιάς και συν., 2020)

3.2.3.2 Μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία μετά το 2010

Οι πολιτικές υγείας στην Ελλάδα μετά το 2010 στόχευαν κυρίως στη ρύθμιση χρηματοοικονομικών θεμάτων κι αυτό μέχρι ενός σημείου ερμηνεύεται ως αναπόφευκτο αποτέλεσμα των οικονομικών πιέσεων που δέχονταν η χώρα την περίοδο της οικονομικής κρίσης η οποία εξελίσσονταν ραγδαία εκείνη την εποχή. Ωστόσο ταυτόχρονα φαίνεται να παραμελήθηκε η προσανατολισμένη προς τον πολίτη - ασθενή προσφορά υπηρεσιών υγείας και η ανθρωποκεντρική διάσταση των μεταρρυθμίσεων όπως η εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας, η ανακουφιστική ιατρική για ασθενείς τελικού σταδίου, οι μηχανισμοί παραπομπής ασθενών μέσω της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας ή του οικογενειακού γιατρού. Επίσης η διασύνδεση και δικτύωση μεταξύ υπηρεσιών υγείας και υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας ήταν και παραμένει ανεπαρκής μια που δεν έχουν ακόμη ληφθεί μέτρα προς την κατεύθυνση αυτή (Οικονόμου, 2018).

Οι προσπάθειες ωστόσο συνεχίστηκαν με μια σειρά νόμων και διατάξεων προς την ίδια κατεύθυνση και στο πλαίσιο μιας ευρύτερης προσπάθειας επίτευξης υψηλού επιπέδου ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο **Νόμος 3868/2010** παρέχει κίνητρα σε ιατρικό προσωπικό για την κάλυψη απομακρυσμένων περιοχών με σκοπό τη βελτίωση της πρόσβασης σε ποιοτικότερες παροχές υγείας. Επίσης προβλέπει σε κάθε νοσοκομείο την ύπαρξη Γραφείου Υποστήριξης Πολίτη και σε κάθε δήμο τη λειτουργία Συμβουλίου Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας Υγείας που θα παρακολουθεί τη λειτουργία των υπηρεσιών και θα υποδεικνύει λύσεις σε τυχόν προβλήματα που θα προκύπτουν. Με τον ίδιο νόμο διευρύνονται οι αρμοδιότητες του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ) που οφείλει πλέον να γνωμοδοτεί για τον τρόπο αξιολόγησης της ποιότητας της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και για τη θέσπιση επιστημονικών κριτηρίων, δεικτών και μεθοδολογίας ποιοτικού ελέγχου. Μέχρι τώρα το ΕΣΥΔΥ έχει να επιδείξει αξιόλογη δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας. Με ειδική **εγκύκλιο**, τέλος, στις **1/2/2011** συστήνεται επιτροπή ποιότητας σε κάθε δημόσιο νοσοκομείο που έχει δυναμική μεγαλύτερη των 400 κλινών με σκοπό τη θέσπιση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, την τήρηση διαδικασιών πιστοποίησης και διαπίστευσης και την εποπτεία για την ορθή εφαρμογή τους.

Οι στόχοι της επιτροπής και τα αποτελέσματα αυτών θα κοινοποιούνται στο Διοικητή της αντίστοιχης ΥΠΕ και ανά τρίμηνο θα αποστέλλονται προς αξιολόγηση στο Υπουργείο Υγείας. Νέες προσπάθειες έγιναν με τον **Νόμο 3918/2011** σύμφωνα με τον οποίο συγκροτήθηκε στο Υπουργείο Υγείας η Επιτροπή Προδιαγραφών η οποία μέσω του Ερευνητικού Κέντρου Βιολογικών Υλικών- ΕΚΕΒΥΛ(μετεξελέχθηκε σε ΕΚΑΠΤΥ- Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία) είναι υπεύθυνη να τηρεί Μητρώο Εγκεκριμένων Προϊόντων και Υπηρεσιών και Μητρώο Εγκεκριμένων Προμηθευτών και Παρόχων Υπηρεσιών και να καθορίζει ενιαία πρότυπα ιατροτεχνολογικών προϊόντων. (Κουλλιάς και συν., 2020).

Το ΕΚΑΠΤΥ είναι πιστοποιημένο με το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης και παρέχει πιστοποιήσεις τύπου ISO 9001:2008, ISO 13485:2012, EN 15224:2012 καθώς και τη σήμανση CE 0653, πιστοποιητικά που είναι πλέον υποχρεωτικά στον τομέα των προμηθειών τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα (Κουκουφιλίπου και συν, 2017). Ταυτόχρονα, ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), (μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις στο χώρο της υγείας κατά την περίοδο που εξετάζεται) ο οποίος, πέραν του σημαντικού ρόλου ως ενιαίος πληρωτής με μεγαλύτερη διαπραγματευτική ικανότητα, στον τομέα της ποιότητας αναλαμβάνει, μέσω της Διεύθυνσης Διασφάλισης Ποιότητας, τη θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών στις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. (Κουλλιάς και συν., 2020)

Δύο χρόνια μετά, με το **Ν. 4109/2013** ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υποδομών Ποιότητας (ΕΣΥΠ) που είναι αρμόδιο για την παρακολούθηση της ποιότητας στην περίθαλψη και για την παροχή διαπίστευσης και πιστοποίησης των ιατρικών μονάδων και περιλαμβάνει το Ελληνικό Σύστημα Διαπίστευσης και τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης. (Ν. 4109/2013)

Κατά το μεταβατικό στάδιο ο ΕΟΠΥΥ διατηρούσε τόσο τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ όσο και τις συμβάσεις που είχαν τα υπόλοιπα ταμεία με τους ιδιώτες. Συνεπώς δεν είχε πετύχει το διαχωρισμό του προμηθευτή από τον αγοραστή, ένα κριτήριο που προτείνει ο ΟΟΣΑ ως αναγκαία προϋπόθεση βέλτιστης οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Η λύση δόθηκε με τη δημιουργία του Περιφερειακού Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), με το **Νόμο 4238/2014** και με τη μεταφορά των πολυϊατρείων στο ΕΣΥ.

Οι μονάδες του ΠΕΔΥ ενσωματώθηκαν άμεσα στις Υγειονομικές Περιφέρειες στις οποίες μετατέθηκε από τα νοσοκομεία και η ευθύνη για τα Κέντρα Υγείας που λειτουργούν σε μη αστικές περιοχές. Με την ίδρυση του ΠΕΔΥ ολοκληρώθηκε η διοικητική ενοποίηση όλων των υπηρεσιών ΠΦΥ ωστόσο οι πολίτες ακολουθούν ακόμη δαιδαλώδεις διαδικασίες προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υγείας. (Φιλαλήθης, 2021)

Η ενοποίηση αυτή των πολλαπλών και ασύνδετων φορέων ΠΦΥ ήταν και το κύριο χαρακτηριστικό του νόμου 4238 που επεδίωκε ένα αποκεντρωμένο και καθολικό σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας που θα λειτουργεί κάτω από τη διοίκηση της εκάστοτε Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Πε.). Περαιτέρω ρυθμίσεις του νόμου αφορούσαν μεταξύ άλλων:

- Τα Κέντρα Υγείας
- Τον οικογενειακό γιατρό,
- Τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΑΗΦΥ) και
- Τον σκοπό του ΕΟΠΥΥ.

Όπως προαναφέρθηκε τα **Κέντρα Υγείας** υπάγονται πλέον στις διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών. Επιπλέον ορίζονται οι διαδικασίες ίδρυσης πολυδύναμων Κέντρων Υγείας και οι περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου που ονομάζεται «Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» (Το.Π.Φ.Υ.) με σκοπό να αντιστοιχεί ένας τουλάχιστον Το.Π.Φ.Υ.σε κάθε Δήμο και να βρίσκεται σε άμεση διασύνδεση με αυτόν. Η αναγκαιότητα ενοποίησης της Π.Φ.Υ. αποτελούσε κοινή παραδοχή. Η παρουσία τους στα μεγάλα αστικά κέντρα και, επιπλέον, η 24ωρη λειτουργία τους εξασφάλιζε βελτίωση της προσβασιμότητας και δημιουργούσε την αισιοδοξία μιας ευεργετικής επίδρασης στον τομέα της Π.Φ.Υ. Ο θεσμός του **οικογενειακού γιατρού** δεν αποτελεί κάτι νέο. Είχε ήδη αναφερθεί στους νόμους του 1983 και του 1997 όπως επίσης συναντάται συχνά στα συστήματα Π.Φ.Υ. πολλών άλλων χωρών. Ο ρόλος του τονίζεται ως ιδιαίτερα σημαντικός και περιλαμβάνει παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον, ή παραπομπή σε ειδικούς γιατρούς ή σε ανώτερα επίπεδα φροντίδας. Ορίζεται ότι η επιλογή οικογενειακού γιατρού είναι ελεύθερη από τους πολίτες και προαιρετική σύμφωνα με τις υποδείξεις του ΕΟΠΥΥ, αν και η πρόταση της Ε.Ε. και της Ο.Ε.Ν.Γ.Ε. ήταν να αποτελέσει υποχρεωτική διαδικασία. Δεδομένων των καθυστερήσεων στην εφαρμογή του θεσμού καθώς και του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος υγείας της χώρας μας, είναι βέβαιο ότι θα αργήσει να γίνει αντιληπτή στους πολίτες η σημαντικότητα του θεσμού.

Η θέσπιση του **Ηλεκτρονικού Φακέλου** επικαιροποιεί παλαιότερες διατάξεις των νόμων του 1997 και 2006. Μερικά από τα οφέλη που αναμένονται είναι η μείωση της θνησιμότητας από κληρονομικά νοσήματα αλλά και από αυτά που εντοπίζονται μέσα από προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Ο φάκελος του ασθενούς συμπληρώνεται από τον γιατρό της Π.Φ.Υ. και ενημερώνεται από όλους όσους τον εξετάζουν ή του παρέχουν θεραπευτική φροντίδα έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η διεπιστημονική χρήση των πληροφοριών και η ολιστική αντιμετώπιση κάθε περιστατικού. Η διάταξη συνάντησε ευρεία αποδοχή και ομοφωνία ωστόσο δεν έχει ολοκληρωθεί ως τώρα η εφαρμογή του μέτρου.

Ορίζεται ως αποκλειστικός **σκοπός του ΕΟΠΥΥ** η αγορά υπηρεσιών υγείας και η θέσπιση μηχανισμών αξιολόγησης αυτών. Επιχειρείται έτσι ο περιορισμός του στο ρόλο του αγοραστή και όχι του προμηθευτή υγείας. Επιπλέον, η παρουσία του ΕΟΠΥΥ ως ενιαίου πληρωτή τον καθιστά ισχυρό διαπραγματευτή και ικανό να εξασφαλίσει στους ασφαλισμένους παροχές υψηλής ποιότητας σε χαμηλό κόστος και μάλιστα σε ένα καθεστώς ιδιαίτερα ανταγωνιστικό (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Κάτω από την πίεση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης και του αυξημένου ποσοστού ανέργων δύο υπουργικές αποφάσεις (**Κ.Υ.Α. 48985/2014 και 56342/2014**) έρχονται να καλύψουν τα κενά της πρόσβασης στη νοσηλεία και τη φαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων και οικονομικά ασθενέστερων πολιτών. Σύμφωνα με τις δύο διατάξεις δικαιούνται δωρεάν νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη όλοι οι ασφαλισμένοι και τα εξαρτώμενα μέλη που έχουν χάσει την ασφαλιστική κάλυψη λόγω οφειλών στα ασφαλιστικά ταμεία. Επίσης όλοι οι Έλληνες πολίτες ή υπήκοοι άλλων κρατών που διαμένουν μόνιμα και νόμιμα στη χώρα, είναι ανασφάλιστοι και δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για να εκδώσουν βιβλιάριο ανασφάλιστου. Η τελική απόφαση για το δικαίωμά τους στην πρόσβαση ανήκει σε τριμελή επιτροπή που ορίζεται από τη διοίκηση του εκάστοτε νοσοκομείου. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η παραπομπή από γιατρό του ΠΕΔΥ. Ωστόσο οι ρυθμίσεις αυτές δεν εξασφάλιζαν την κάλυψη αυτών των ομάδων σχετικά με την φαρμακευτική και μετεγχειρητική αγωγή τους μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Σε μια περίοδο που οι μεταναστευτικές και προσφυγικές ροές αυξάνονταν οι προηγούμενες διατάξεις φάνηκαν ανεπαρκείς καθώς δεν συμπεριλάμβαναν τις ευάλωτες αυτές κοινωνικές ομάδες. Το κενό αυτό επιχείρησε να καλύψει η τότε κυβέρνηση με τον **Ν. 4368/2016** που προέβλεπε για όλους τους πολίτες ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και πλήρη κάλυψη των νοσηλευτικών διαγνωστικών και φαρμακευτικών αναγκών. Η ρύθμιση αυτή ουσιαστικά αποτελεί επέκταση της κάλυψης του νόμου το 2014 ακόμη και για άτομα που στερούνται τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα διαμονής όπως είναι οι πρόσφυγες οι μετανάστες ή άλλα άτομα που διαμένουν προσωρινά στη χώρα και δικαιούνται διεθνούς προστασίας. Υπολογίζεται ότι με τους νόμους του 2014 και 2016 απέκτησαν ασφαλιστική κάλυψη περίπου 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι που είχαν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Ο νόμος επίσης περιλαμβάνει διατάξεις που στόχευαν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην προώθηση της διαφάνειας των διαδικασιών, στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας για τους εργαζόμενους στην υγεία και στην προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας με τη δημιουργία της «Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας» και με τη συμμετοχή σ αυτήν και των ίδιων των χρηστών υπηρεσιών υγείας και με τη δημιουργία στα νοσοκομεία γραφείων προστασίας των δικαιωμάτων των χρηστών υγείας (Μετεβέλης, Α., 2021).

Η επόμενη νομοθετική ρύθμιση έρχεται με το **Ν. 4486/2017** όπου ψηφίζεται η δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.) και ταυτόχρονα καταργείται η ονομασία ΠΕΔΥ και ο χαρακτηρισμός «Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου». Πλέον όλα θα αναφέρονται ως Κέντρα Υγείας και σε αυτά θα υπάγονται όλες οι ΤΟΜΥ, τα τοπικά ιατρεία, τα περιφερειακά και τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία. Το κάθε Κέντρο Υγείας υπάγεται στην αρμόδια Υγειονομική Περιφέρεια και έχει ένα πεδίο ευθύνης ενώ κάθε ΤΟΜΥ ευθύνεται για πληθυσμό 10000-12000 κατοίκων και οφείλει να εγγράψει το σύνολο των πολιτών που περιλαμβάνονται στο πεδίο ευθύνης της καθώς θα αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας. Ο νόμος προβλέπει την λειτουργία ενός τουλάχιστον κέντρου υγείας σε κάθε δήμο και μίας μονάδας ΤΟΜΥ σε κάθε δημοτικό διαμέρισμα. Οι υπηρεσίες παρέχονται από μια ομάδα επιστημόνων που περιλαμβάνει ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό. Ο ρόλος τους είναι διευρυμένος και περιλαμβάνει την προληπτική ιατρική, την προαγωγή υγείας, την αντιμετώπιση οξέων και χρόνιων νοσημάτων και ψυχικών διαταραχών και τη συμβουλευτική υποστήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ο νόμος προβλέπει τη λειτουργία 239 ΤΟΜΥ που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους παράλληλα με τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων ενώ όπου δεν επαρκούν οι δημόσιες υποδομές προβλέπεται η συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα. Ο ίδιος νόμος επαναφέρει το ζήτημα του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς και του οικογενειακού γιατρού, που θα είναι υπεύθυνος για περίπου 2000 άτομα και τονίζει την αναγκαιότητα του συστήματος παραπομπής σε ανώτερα επίπεδα περίθαλψης καθώς, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης η κίνηση στα τμήματα επείγοντων των νοσοκομείων αυξήθηκε κατά 38,1% από περιστατικά που δε θεωρούνταν επείγοντα εξαιτίας της ανεπάρκειας των δομών ΠΦΥ. Πέρα από τη δημιουργία των ΤΟΜΥ ο ίδιος νόμος στόχευε σε μεταρρυθμίσεις στους εξής βασικούς τομείς.

- Διασφάλιση των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας
- Αξιολόγηση λειτουργίας και λογοδοσία των μονάδων ΠΦΥ
- Δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση στις δομές της ΠΦΥ
- Διαφάνεια και δημοκρατική διοικητική οργάνωση της ΠΦΥ
- Προστασία του πληθυσμού από το κόστος χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ (Τσίγκου και συν., 2021).

Οι επόμενες νομοθετικές ρυθμίσεις αφορούσαν την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) με το Ν. 4633/2019 στην ουσία αντικατέστησε το μέχρι τότε ΚΕΕΛΠΝΟ αναζητώντας να επιλύσει ζητήματα δυσλειτουργίας και προβλήματα του προηγούμενου οργανισμού με τη μορφή πλέον του Ν.Π.Ι.Δ. που υπάγεται όμως στη εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Κύριος σκοπός του ΕΟΔΥ είναι η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ώστε να επιτευχθεί αύξηση του προσδόκιμου ζωής μέσα από την ενίσχυση της ικανότητας του ΕΣΥ και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Οι προσπάθειές του εστιάζονται στην αντιμετώπιση των απειλών από μεταδοτικά νοσήματα μέσα από έγκαιρη και αποτελεσματική ανίχνευση και αξιολόγηση των κινδύνων και την υποβολή, στη συνέχεια, των κατάλληλων και επιστημονικά τεκμηριωμένων προτάσεων παρέμβασης. Ο ΕΟΔΥ αποτελεί ένα επιχειρησιακό κέντρο αυξημένης ετοιμότητας και άμεσης απόκρισης σε περιπτώσεις εκτάκτων απειλών για την υγεία συντονίζοντας τη δράση του με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας και διεθνείς οργανισμούς. Επιπλέον αρμοδιότητές του είναι η πρόληψη χρόνιων νοσημάτων, η επιδημιολογική επιτήρηση, η παροχή στατιστικών στοιχείων και επιδημιολογικών δεδομένων στις αρμόδιες αρχές, η εκπαίδευση και επιμόρφωση σε θέματα δημόσιας υγείας, και η ανάληψη δράσεων ενημέρωσης των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας για θέματα δημόσιας υγείας (Ν. 4633/2019).

Σε συνέχεια της προσπάθειας για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ψηφίζεται ο Ν. 4715/ 2020 που προβλέπει τη σύσταση οργανισμού με τη μορφή της Α.Ε. υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Σκοπός του νέου οργανισμού είναι η υποστήριξη του έργου του Υπουργείου Υγείας για τη βελτίωση της ασφάλειας και της επάρκειας και τη διασφάλιση της καθολικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ονομασία του νέου οργανισμού ορίζεται ως: «Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία». Ως βασικές αρμοδιότητες του **Ο.ΔΙ.Π.Υ.** ορίζονται οι εξής:

- Η θέσπιση προτύπων και διαδικασιών ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας και τις διοικητικές υπηρεσίες των νοσοκομείων.

- Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με τη χρήση διεθνώς αποδεκτών δεικτών ώστε να είναι εύκολα συγκρίσιμοι με αυτούς των άλλων χωρών.

- Η εκτίμηση του βαθμού συμμόρφωσης των υπηρεσιών με τα πρότυπα ποιότητας και η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών.

- Η υποβολή προτάσεων για παροχή ανταμοιβών στους παρόχους υγείας που έχουν διασφαλίσει ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας και αντίστοιχες κυρώσεις για όσους δεν κατόρθωσαν να πετύχουν τους στόχους τους ή παρακωλύουν τις διαδικασίες αξιολόγησης.

- Η εκπαιδευτική υποστήριξη των παρόχων υγείας στην προσπάθειά τους για διασφάλιση της ποιότητας.

-Η παρακολούθηση των εξελισσόμενων αναγκών στην υγεία, ο εντοπισμός των προβλημάτων και η υποβολή προτάσεων ως προς την επίλυση αυτών.

-Η συνεργασία και ανάπτυξη δράσης με διεθνείς οργανισμούς και επιστημονικούς φορείς.

-Η τήρηση μητρώου εξωτερικών εμπειρογνομόνων αξιολόγησης και πιστοποιημένων παρόχων υγείας.

Σύμφωνα με το νόμο εντός 4 ετών από την ίδρυσή του οργανισμού όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ πρέπει να έχουν αξιολογηθεί από τον ΟΔΙΠΥ. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο γίνεται αυτοαξιολόγηση του παρόχου υγείας από τα γραφεία ποιότητας του ίδιου του παρόχου ενώ στο δεύτερο διενεργείται αξιολόγηση από ανεξάρτητη ομάδα αξιολόγησης του ΟΔΙΠΥ που έχει πρόσβαση σε αρχεία και φακέλους και μπορεί να εξετάσει κάθε εργαζόμενο που θα μπορούσε να παρέχει πληροφορίες σχετικά με την αξιολόγηση. Τα αποτελέσματα των ελέγχων αναρτώνται προς κοινοποίηση στην ιστοσελίδα του ΟΔΙΠΥ και του αξιολογούμενου φορέα ενώ σε περίπτωση ιδιαίτερα αρνητικών αποτελεσμάτων προβλέπονται πρόστιμα έως 3000 ευρώ για όσους παρακωλύουν τις διαδικασίες αξιολόγησης, πειθαρχικές κυρώσεις του εκάστοτε προϊστάμενου ή ακόμα και η πρόωγη απομάκρυνση του διοικητή , όταν πρόκειται για νοσοκομειακή δομή, ή και αναστολή της λειτουργίας του φορέα σε πιο σοβαρές περιπτώσεις. Σε ετήσια βάση ο ΟΔΙΠΥ υποβάλλει στο Υπουργείο Υγείας έκθεση με τις διαπιστωμένες ανάγκες υγείας των πολιτών σε σχέση με τα πεπραγμένα των παρόχων υγείας. Κύριοι τομείς που υπόκεινται σε αξιολόγηση είναι η ασφάλεια των ασθενών, η προσβασιμότητα αυτών στις δομές υγείας, ο ασθενοκεντρικός προσανατολισμός των παροχών υγείας, η εύρυθμη λειτουργία των διοικητικών υπηρεσιών, η αποδοτικότητα και η ορθή διαχείριση των πόρων. Κύριοι πόροι του ΟΔΙΠΥ είναι ο τακτικός προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας, τα έσοδα από δωρεές, κληρονομίες, εκπαιδευτικά προγράμματα, ερευνητικές διαδικασίες και λοιπές υπηρεσίες του ΟΔΙΠΥ προς δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς (Ν. 4715/ 2020).

Πρόσφατα και με τον **N.4931/2022** επανέρχεται το ζήτημα του **οικογενειακού γιατρού** σε μια απόπειρα ολοκλήρωσης των προηγούμενων προσπαθειών που είχαν μείνει ημιτελείς. Πρόκειται για έναν θεσμό που θα αποσυμφορήσει τα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων μια που θα αποτελεί την πύλη εισόδου των πολιτών στο ΕΣΥ και στις ανώτερες βαθμίδες περίθαλψης. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τον προσωπικό γιατρό περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες:

-Αντιμετώπιση των κοινών νοσημάτων και χρονίων καταστάσεων καθώς και υποστήριξη των θεραπειών αποκατάστασης στα ιατρεία ή κατ' οίκον.

- Την καθοδήγηση των ασθενών μέσα στις δομές του συστήματος υγείας και την παραπομπή αυτών σε ειδικούς γιατρούς ή ανώτερες βαθμίδες περίθαλψης.

-Την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού, την άσκηση προληπτικής ιατρικής και προσυμπτωματικού ελέγχου.

-Τη δημιουργία και τήρηση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας όλων όσων έχουν εγγραφεί στον κατάλογο του προσωπικού γιατρού με σκοπό τη συνέχεια της φροντίδας και το συντονισμό όλων των επαγγελματιών που ασχολούνται με την περίθαλψη του ασθενούς.

Η επιλογή του προσωπικού γιατρού είναι ελεύθερη από τους πολίτες οι οποίοι μπορούν να επιλέξουν μεταξύ ιατρών του ΕΣΥ που απασχολούνται στα Κέντρα Υγείας ή σε ΤΟΜΥ, ή μεταξύ συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτών γιατρών. Ο γενικός γιατρός μπορεί να είναι παθολόγος ή κάτοχος ειδικότητας γενικής ιατρικής και παιδίατρος για τον ανήλικο πληθυσμό. Σε περίπτωση χρονίων νοσημάτων ο προσωπικός γιατρός μπορεί να είναι άλλης ειδικότητας αντίστοιχης με το νόσημα. Σύμφωνα με τις προβλέψεις του νόμου ένας προσωπικός γιατρός αντιστοιχεί περίπου σε 2000 εγγεγραμμένους πολίτες ενώ δίδονται κίνητρα σε γιατρούς απομακρυσμένων και προβληματικών περιοχών. Κίνητρα δίδονται επίσης και στους πολίτες προκειμένου να εγγραφούν στο σύστημα και να επιλέξουν προσωπικό γιατρό ώστε να απολαμβάνουν κάποια προνόμια όπως διαφορετικές αποζημιώσεις από τον ΕΟΠΥΥ, προτεραιότητα στην πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας και εκπτώσεις στη συμμετοχή σε διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις ή σε φαρμακευτικές δαπάνες. Τέλος, προβλέπεται οι δυνατότητα συνεργασίας των δημόσιων δομών ΠΦΥ με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης, ιδιώτες γιατρούς και ιδιωτικούς παρόχους ΠΦΥ προκειμένου να διασφαλιστεί η παροχή των απαραίτητων υπηρεσιών. (Ν.4931/2022)

Κεφάλαιο 4: Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής ανασκοπικής διπλωματικής εργασίας ήταν η ανάδειξη των βέλτιστων πρακτικών που εφαρμόστηκαν σε χώρες με προηγμένα Συστήματα Υγείας ως προς τις διαστάσεις που συνθέτουν την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, και ως προς την επίτευξη της ισότιμης πρόσβασης και καθολικότητας των Συστημάτων αυτών, ώστε να διαπιστωθεί εάν και κατά πόσο αυτές οι πρακτικές είναι εφικτό να εφαρμοστούν στη χώρα μας προσαρμοσμένες στις υπάρχουσες συνθήκες και στην ελληνική πραγματικότητα. Τα ερευνητικά ερωτήματα που απαντήθηκαν αφορούσαν στις πρακτικές που εφαρμόστηκαν στις τρεις χώρες με σκοπό την εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. Διαπιστώθηκε ότι και οι τρεις χώρες έχουν καταβάλει σημαντικές προσπάθειες προς αυτές τις κατευθύνσεις και έχουν πετύχει μέχρι ένα βαθμό τους στόχους τους ωστόσο παραμένουν ακόμη αρκετά αδύνατα σημεία όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στις χώρες που χρησιμοποιήθηκαν ως παραδείγματα προηγμένων συστημάτων υγείας.

4.1 Η Γερμανία.

Αν και η Γερμανία διαθέτει ως χώρα το μεγαλύτερο ποσοστό του Α.Ε.Π. στην Ευρώπη για δαπάνες υγείας ωστόσο, τα αποτελέσματα που έχει καταφέρει δεν είναι ανάλογα των δαπανών που καταβάλλει. Υπάρχουν ακόμη τομείς που υστερεί σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και στους οποίους θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στο μέλλον. Στον τομέα της προσβασιμότητας έχει πετύχει πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα μέσα από πολιτικές που εξασφάλισαν νομικά την καθολικότητα στην πρόσβαση εστιάζοντας κυρίως σε ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες και σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές, αναπτύσσοντας ένα ενισχυμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης και προσαρμόζοντας την κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού ανάλογα με τις πληθυσμιακές ανάγκες. Ενίσχυσε επίσης την αυτονομία και τα δικαιώματα των δήμων δίνοντάς τους τη δυνατότητα να λειτουργούν κέντρα ιατρικής περίθαλψης προσαρμοσμένα στις απαιτήσεις των επιμέρους κοινωνιών. Η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους στόχους τις τελευταίες δεκαετίες. Ήδη από το 2005 τα νοσοκομεία υποχρεούνται σε δομημένες αναφορές ποιότητας ενώ ταυτόχρονα αξιολογούνται από εξωτερικές πηγές και τα αποτελέσματα αυτών δημοσιοποιούνται και χρησιμοποιούνται τόσο από τους πολίτες όσο και από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών αποφάσεων. Καθοριστικής σημασίας ήταν η ίδρυση του Ινστιτούτου Διασφάλισης Ποιότητας και Διαφάνειας στην Υγεία που έχει αποκλειστική αποστολή την προαγωγή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας μέσα από τη θέσπιση δεικτών ποιότητας, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και τη διαρκή αναπροσαρμογή ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες. Ωστόσο, οι μέχρι στιγμής μεταρρυθμίσεις παρ' όλη την επιτυχία τους, εξακολουθούν να αφήνουν κενά και ελλείψεις που απαιτούν άμεση κάλυψη μέσα από επόμενες νομοθετικές παρεμβάσεις.

4.2 Η Ισπανία

Η Ισπανία κατέχει την πρώτη θέση στην Ευρώπη στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αλλά αυτό δεν μπορεί να αποδοθεί εξ' ολοκλήρου στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας καθώς συντελούν σ αυτό και άλλοι παράγοντες όπως ο τρόπος ζωής των Ισπανών και οι υγιεινές συνήθειες διαβίωσης. Γενικότερα όμως έχει καταφέρει πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο στην ισότιμη πρόσβαση όσο και στην προαγωγή της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Με το Βασιλικό Διάταγμα του 2018 εξασφάλισε καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ανεξαρτήτως εργασιακής κατάστασης. Σ αυτό συνετέλεσε σημαντικά η αποκέντρωση και περιφερειοποίηση του συστήματος υγείας ώστε να δοθεί μεγαλύτερη αυτονομία στις 17 περιφέρειες και δυνατότητα προσαρμογής τους στις εκάστοτε τοπικές ανάγκες. Ενδυνάμωσε την πρωτοβάθμια φροντίδα καθιστώντας υπεύθυνους γι' αυτήν τους πολυάριθμους τοπικούς φορείς και ενίσχυσε τη συμμετοχή των πολιτών στον σχεδιασμό και τη διαχείριση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Επικεντρώθηκε στην υποστήριξη ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων όπως οι μετανάστες και, μέσω των ψηφιακών υπηρεσιών, βελτίωσε την προσβασιμότητα ακόμα και των πιο απομακρυσμένων περιοχών. Η ποιοτική αναβάθμιση της παρεχόμενης περίθαλψης αποτέλεσε στόχο πολυάριθμων νομοθετικών παρεμβάσεων ειδικά μετά το 2010. Υιοθετώντας ασθενοκεντρική κουλτούρα, προώθησε παρεμβάσεις για την ασφάλεια και τα δικαιώματα των ασθενών, ανέπτυξε την εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και διασφάλισε την πρόσβασή των πολιτών σε χρήσιμες πληροφορίες για τις υπηρεσίες υγείας όπως οι χρόνοι αναμονής και οι παροχές που δικαιούνται. Υποστήριξε επίσης το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γιατρού και τη δυνατότητα συμμετοχής των ασθενών στις αποφάσεις για τη θεραπευτική αγωγή. Σημαντικό πληροφοριακό εργαλείο για την αναβάθμιση της ποιότητας στην υγεία αποτελούν τα αποτελέσματα της μεγάλης έρευνας που διεξάγεται κάθε χρόνο με σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σε εθνικό επίπεδο από το 1993 και η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων αυτής. Ωστόσο αρκετές προκλήσεις παραμένουν ανοιχτές και αρκετά κενά πρέπει να καλυφθούν κατά τη διάρκεια των μελλοντικών μεταρρυθμίσεων.

4.3 Η Ελλάδα

Στη χώρα μας διαπιστώνονται οι μεγαλύτερες ελλείψεις τόσο στον τομέα της προσβασιμότητας όσο και στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι νομοθετικές παρεμβάσεις μετά το 2010 έδιναν κίνητρα στο ιατρικό προσωπικό για την κάλυψη απομακρυσμένων περιοχών, ενώ η ίδρυση του ΠΕΔΥ και αργότερα των Το.Μ.Υ. αποτέλεσαν σημαντικές προσπάθειες ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η καθολικότητα της πρόσβασης εξασφαλίστηκε με δύο νόμους, το 2014 και κυρίως το 2016 που προέβλεπαν για όλους τους πολίτες ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και πλήρη κάλυψη των νοσηλευτικών διαγνωστικών και φαρμακευτικών αναγκών. Την ίδια περίοδο, δεν είναι λίγες και οι παρεμβάσεις που αφορούσαν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πολλές υπηρεσίες και οργανισμοί λειτούργησαν στα νοσοκομεία και στις διευθύνσεις του υπουργείου με σκοπό την προαγωγή της ποιότητας αλλά ποτέ το αποτέλεσμα δεν ήταν ανάλογο των προσδοκιών του νομοθέτη. Οι θεσμοί του οικογενειακού γιατρού και του ηλεκτρονικού φακέλου για παράδειγμα, αναφέρονται από το 1997 αλλά ακόμη δεν έχουν εφαρμοστεί. Η σημαντικότερη ίσως εξέλιξη ήταν η ίδρυση του «Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία» το 2020 που έχει σαν αποκλειστικό σκοπό τη διασφάλιση της ποιοτικής περίθαλψης μέσα από θέσπιση ποιοτικών δεικτών, την παρακολούθηση αυτών και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Αυτή η μέχρι σήμερα αναποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων και οι στρεβλώσεις του συστήματος υγείας οφείλονται κυρίως:

1. Στην έλλειψη πολιτικής βούλησης και στη συχνή διαδοχή της πολιτικής εξουσίας
2. Στα συμφέροντα ισχυρών ομάδων που εμπλέκονται στο δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας
3. Στη μη ορθή κατανομή των διαθέσιμων πόρων (Σουλιώτης,2019).

Στην αναποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων του παρελθόντος συνετέλεσαν επίσης και άλλοι σημαντικοί παράγοντες όπως:

- Η θεσμική ανωριμότητα
- Ο άκρατος κομματισμός που χαρακτήριζε ανέκαθεν το πολιτικό σύστημα
- Οι παρεμβάσεις στους μηχανισμούς λήψης αποφάσεων από την ιατρική ελίτ
- Η εξάρτηση από κάποιες ισχυρές ομάδες συμφερόντων

- Ο εκλογικός ανταγωνισμός ανάμεσα στα διάφορα κόμματα

- Η ευκαιριακή και επιφανειακή προσέγγιση των πολιτικών υγείας (Κυριόπουλος και Τελλόγλου, 2019).

Οι παραπάνω αδυναμίες του συστήματος υγείας οδήγησαν τη χώρα μας στις τελευταίες θέσεις στην Ευρώπη, τόσο στον τομέα της προσβασιμότητας και των ακάλυπτων αναγκών, όσο και στον τομέα της ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. (OECD, 2021)

Κεφάλαιο 5. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής ανασκοπικής διπλωματικής εργασίας ήταν η ανάδειξη των βέλτιστων πρακτικών που εφαρμόστηκαν σε χώρες με προηγμένα Συστήματα Υγείας ως προς τις διαστάσεις που συνθέτουν την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, και ως προς την επίτευξη της ισότιμης πρόσβασης και καθολικότητας των Συστημάτων αυτών, ώστε να διαπιστωθεί εάν και κατά πόσο αυτές οι πρακτικές είναι εφικτό να εφαρμοστούν στη χώρα μας προσαρμοσμένες στις υπάρχουσες συνθήκες και στην ελληνική πραγματικότητα. Η χρησιμοποίηση των δύο χωρών (Γερμανία, Ισπανία) ως σημεία αναφοράς και ως παράδειγμα για τον προσανατολισμό των μεταρρυθμίσεων και η μεταφορά κάποιων καλών πρακτικών στην ελληνική πραγματικότητα φαίνεται να είναι εφικτή καθώς το σύστημα υγείας της χώρας μας ιδρύθηκε πολύ αργότερα από αυτά της Γερμανίας και της Ισπανίας και βρίσκεται σχετικά σε πιο πρώιμο στάδιο ανάπτυξης. Επίσης, τα συστήματα και των τριών χωρών εστιάζουν στις ίδιες προτεραιότητες και στις ίδιες κατευθύνσεις και τα περισσότερα από τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν δεν είναι τόσο ζήτημα δημοσιονομικής επάρκειας και αφθονίας πόρων αλλά κυρίως θέμα ορθής οργανωτικής διάρθρωσης, ορθολογικής διαχείρισης των πόρων και τεκμηριωμένων διοικητικών επιλογών. Αυτό αποδεικνύεται και από το παράδειγμα της Γερμανίας που ενώ δαπανά το μεγαλύτερο μέρος του ΑΕΠ για την υγεία, ωστόσο υπάρχουν αρκετές κατατάξεις που δεν την εμφανίζουν στις πρώτες θέσεις. Όπως, εξάλλου, έχει ήδη αναφερθεί καμία χώρα της Ευρώπης δεν εμφανίζεται πρώτη σε όλες τις κατατάξεις. Ακόμα και στις δύο χώρες που χρησιμοποιήθηκαν ως παράδειγμα διαπιστώθηκαν κενά στα συστήματα υγείας μεταξύ της διαθέσιμης προσφοράς και της ζήτησης. Τα μεγαλύτερα κενά βέβαια παρατηρήθηκαν στην περίπτωση της Ελλάδας και καθιστούν άμεση την ανάγκη των μεταρρυθμίσεων. Η μελέτη των Συστημάτων Υγείας μέσω της παρούσας ανασκόπησης σε συνδυασμό με τα πορίσματα πρόσφατων τεκμηριωμένων ερευνητικών άρθρων και εκθέσεων εμπειρογνομόνων, οδηγεί στη διαπίστωση ότι προκειμένου να διασφαλιστεί στη χώρα μας η καθολικότητα της πρόσβασης και η απαραίτητη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, πρέπει να δοθεί άμεση προτεραιότητα σε συγκεκριμένους τομείς οι οποίοι διαπιστώνεται ότι εμφανίζουν σημαντικές αδυναμίες και παρουσιάζουν αρκετά περιθώρια βελτίωσης. Είναι πρωταρχικής σημασίας η αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με επίκεντρο τις ανάγκες του πληθυσμού, η αξιοποίηση νέων διαχειριστικών και διοικητικών μεθόδων, η εξασφάλιση οικονομικών πόρων και η ορθότερη κατανομή αυτών, η αξιολόγηση κόστους – αποτελεσματικότητας, η ενίσχυση της

προληπτικής ιατρικής, ο περιορισμός των παραγόντων κινδύνου δημόσιας υγείας και η αύξηση της διαφάνειας και της λογοδοσίας στις υπηρεσίες υγείας μέσα από μηχανισμούς παρακολούθησης των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων. Αυτό προϋποθέτει κατ' αρχάς τη λεπτομερή καταγραφή της παρούσας κατάστασης σε όλους τους τομείς και στη συνέχεια τη χρήση τεκμηριωμένων μεθόδων και δεικτών μέτρησης όλων των παραμέτρων και διαστάσεων που συνθέτουν ένα σύστημα υγείας για τη στενή παρακολούθηση των αποτελεσμάτων των μεταρρυθμίσεων. Πρέπει και στη χώρα μας να αρχίσουμε να καταγράφουμε, να προσμετρούμε και να αξιολογούμε όλα τα στοιχεία όπως εδώ και χρόνια γίνεται στις χώρες με προηγμένα συστήματα υγείας από το πρώτο στάδιο της επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας μέχρι την τελική ικανοποίηση όλων των εμπλεκόμενων από τα αποτελέσματα. Μεθοδολογικά, προτείνεται να εκτιμηθούν τα κυριότερα σημεία συμφόρησης του συστήματος υγείας με βάση τα πέντε στάδια της καθολικής κάλυψης σύμφωνα με το μοντέλο **Tanahashi** (όπως γίνεται ήδη σε περισσότερες από πενήντα χώρες) και να εντοπιστούν οι αδυναμίες σε καθ'ένα από αυτά:

Στην κάλυψη της διαθεσιμότητας, της προσβασιμότητας, της αποδοχής, της επαφής και της αποτελεσματικότητας.

Η εφαρμογή αυτού του μοντέλου σε συνδυασμό, ίσως, με την παγκόσμια υποστήριξη από διεθνείς φορείς που θα μας παρέχουν την υψηλή κατάρτιση που χρειάζονται οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι φορείς υλοποίησης, θα συντελέσει ώστε να κατανοηθεί πλήρως η θέση της Ελλάδας όσον αφορά την επίτευξη των φιλοδοξιών της για καθολική υγειονομική κάλυψη, για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και για τη γενικότερη αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε ένα επίπεδο αντάξιο με αυτό των προηγμένων ευρωπαϊκών χωρών.

Βιβλιογραφία

Aarabi, G., Valdez, R., Spinler, K., Walther, C., Seedorf, U., Heydecke, G., König, H., Hajek, A., (2019). Determinants of Postponed Dental Visits Due to Costs: Evidence from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Germany. *International Journal Of Environmental Research and public Health*, 16(18):3344

Achstetter, K., Koppen, J., Haltaufderheide, M., Hengel, P., Blumel, M., Busse, R., (2022) Health Literacy of People with Substitutive Private Health Insurance in Germany and Their Assessment of the Health System Performance According to Health Literacy Levels: Results from a Survey. *International Journal Of Environmental Research and public Health*, 16(24):16711

Aguilar-Gil, M., & Jose Maria, B. (2016). The Healthcare System in Spain: From Decentralization to Economic Current Crisis. *Sociology and Anthropology*, 4(5):306-314.

Aguilar-Palacio, I., Maldonado, L., Malo, S., Sánchez-Recio, R., Marcos-Campos, I., Magallón-Botaya, R., Rabanaque, J., (2021) COVID-19 Inequalities: Individual and Area Socioeconomic Factors (Aragón, Spain). *International Journal Of Environmental Research and public Health*, 18(12):6607

Arteaga, S., Fernandez-Saez, J., Gil-Gonzalez, D., (2017) Inequities in visual health and health services use in a rural region in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 32(5):439-446

Auras, S., De Cruppe, W., Blum, K. & Geraedts, M., 2012. Mandatory quality reports in Germany from the hospitals' point of view: a cross-sectional observational study. *BMC Health Service Research*, 12(378)

Aznar-Lou, I, Pottegard, A., Fernandez, A., Penarrubia-Maria, M., Serrano-Blanco, A., Sabes-Figuera, R., Gil-Girbau, M., Fajo-Pascual, M., Moreno-Peral, M., Rubio-Valera, M., (2018) Effect of copayment policies on initial medication non-adherence according to income: a population-based study. *BMJ Quality and Safety*, 10(1136):1-14

Baier, N., Pieper, J., Schweikart, J., Busse, R., Vogt, V., (2020) Capturing modelled and perceived spatial access to ambulatory health care services in rural and urban areas in Germany. *Social Science & Medicine*, 265(113328):1-9

Barber, SL., van Gool, K., Wise, S., Woods, M., Or, Z., Penneau, A., Milstein, R., Ikegami, N., Kwon, S., Bakx, P., Schut, E., et al. (2021), *Pricing long-term care for older persons*. WHO, Geneva

Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, FI., Repullo, JR., Peña-Longobardo, LM., Ridaio-López, M., Hernández-Quevedo, C., (2018) Spain health system review. *Health System In Transition*, 20(2):1–179.

Blumel, M., Rottger, J., Koppen, J., Achstetter, K., Busse, R., (2020) Integrating the Population Perspective into Health System Performance Assessment (IPHA): Study Protocol for a Cross-Sectional Study in Germany Linking Survey and Claims Data of Statutorily and Privately Insured. *International Journal Of Health Policy and Management*, 9(9): 370–379

Busse, R. & Blumel, M., 2014. Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2), pp. 1-296.

Busse R (2017). High Performing Health Systems: *Conceptualizing, Defining, Measuring and Managing*. Presentation at the “Value in Health Forum: Standards, Quality and Economics”. Edmonton, 19 January 2017.

Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., Quentin, W., (2019) *Improving healthcare quality in Europe*. Health Policy Series, UK

Caasen, K. & Jager, P., 2018. Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5)

Cernadas, A., Fernandez, A., (2021) Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). *International Journal for Equity in Health*, 20(1)

Chung, K., Shauver, M., (2009) Measuring quality in healthcare and its implications for pay-for-performance initiatives. *Hand Clinics*, 25 (1): 71-81

Díaz-Méndez, C. (2014). Stability and change in eating habits of Spanish people. *Italian Sociological Review*, 4(2):207-220.

Donabedian, A., (1996) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44,166-203

Drosos, D., Tsotsolas, N., Skordoulis, M., Chalikias, M., (2018) Patient satisfaction analysis using a multicriteria analysis method: The case of the NHS in Greece. *International Journal of Productivity and Quality Management*, 25(4):491-505

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A., (2017), Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5):1-192

Emmert, M., Gemza, R., Schöffski, O. & Sohn, S., 2012. Public reporting in health care: the impact of publicly reported quality data on patient steering. *Gesundheitswesen*, 74(6): 25-41.

European Commission, (2018) *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies*, Brussels

European Observatory on Health Systems and Policies (2018). *Greece, Health System Review*, Berlin.

European Observatory on Health Systems and Policies (2018). *Spain, Health System Review*, Berlin

European Observatory on Health Systems and Policies, (2020), *Germany, Health System Review*, Berlin

European Observatory on Health Systems and Policies, (2021), State of health in EU. *Spain, Country Health Profile*, Berlin

Federal Ministry Of Health, 2020, *The German Health System*, Berlin

Gerlach, F., Schaeffer, D., Greiner, W., Thurmann, P., Wille, E., Haubitz, M., Thusing, G., (2012). *Competition at the Interfaces between inpatient and outpatient Healthcare*. Advisory council on the Assessment of Developments in the Healthcare System, Bonn

Fernandez-Perez, A., (2021), *Health system's responsiveness in Spain. Implications and policies*. University of Granada, Granada.

Giannopoulou, I., Tsobanoglou, G., (2020) COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3):226-230

Gottlieb, N., Ohm, V. & Knornschild, M., (2021). The Electronic Health Insurance Card for Asylum- Seekers in Berlin: Effects on the Local Health System. *International Journal of Health Policy and Management (IJHPM)*, 11(8):1325-1333

- Hahn, K., Steinhäuser, J., Goetz, K., (2020) Equity in Health Care: A Qualitative Study with Refugees, Health Care Professionals, and Administrators in OneRegion in Germany. *BioMed Research International*, 20(9):1-8
- Haux, R., 2018. Health Information Systems – from Present to Future? *Methods Inf Med.*, 57(1):43-45
- Jan Bauer, J., Groneberg, D., Maier W., Manek R., Louwen, F., Brüggmann, D., (2017) Accessibility of general and specialized obstetric care providers in Germany and England: an analysis of location and neonatal outcome. *International Journal Of Health Geographics*, 16(44)
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, (2000). Lexicon dictionary of health care terms, organizations, and acronyms for the era of reform, Chicago
- Kebler, W., Heidecke, c., (2017) Dimensions of Quality and Their Increasing Relevance for Visceral Medicine in Germany. *Visceral Medicine*, 33(2):119-124
- Kratzsch, L., Bozorgmehr, K., Szecsenyi, J., Nost, S., (2022) Health Status and Access to Healthcare for Uninsured Migrants in Germany: A Qualitative Study on the Involvement of Public Authorities in Nine Cities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (11):1-18
- Lagu, T., Hannon, N., Rothberg, M. & Lindenauer, P., 2010. Patients' evaluations of health care providers in the era of social networking: an analysis of physician-rating websites. *Journal of General Internal Medicine*, 25(9): 942-946.
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmeron, A., Dura-Ferrantis, E., Garces-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, R., Zota, D., Linos, A., (2020) Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1):20-42
- Legido-Quigley, H., Mateos, J., Regulez, V., & Sanchez, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, 5(5): 251-252
- Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsiadis A., Duijker, G., Bodosakis, P., Poerma, W., Schafer, W., (2017) Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences. *BMC Health Services Research*, 17(1)

Luckenbach, C., Klukas, E., Schmidt, P., Gerlinger, T., (2021) *Governmental response to the COVID-19 pandemic in Long-Term Care residences for older people: preparedness, responses and challenges for the future*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos, Bremen

Mahou, X., Barral, B., Fernandez, A., Bouzas-Lorenzo, R., Cernadas, A. (2021) eHealth and mHealth Development in Spain: Promise or Reality? *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18 (13055): 2-18

Mora, T., Trapero-Bertran, M., (2018) The influence of education on the access to childhood immunization: the case of Spain. *BMC Public Health*, 18(1):893

Munir, K. & Worm, I., (2016). Health systems strengthening in German development cooperation: Making the case for a comprehensive strategy. *Globalization and Health*, 12(1).

Nadash, P., Doty, P., Schwanenflugel, M., (2018), The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments. *The Gerontologist*, 58 (3):588–597

OECD, (2017) *Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality*, Paris

OECD, (2020) *Health at a glance: Europe 2020, State of Health in the EU Cycle*, Brussels

OECD, (2021) *State of Health in the EU, Germany, Country Health Profile*, Brussels

OECD, (2021) *State of Health in the EU, Spain, Country Health Profile*, Brussels

OECD, (2021) *State of Health in the EU, Greece, Country Health Profile*, Brussels

OECD, (2021) *Health at a glance, OECD indicators*, Brussels

OECD, (2022) *Health at a glance, Europe 2022, State of Health in the EU cycle*, Brussels

Perez-Urdialez, I., (2021) Undocumented immigrants' and immigrant women's access to healthcare services in the Basque Country (Spain). *Global Health Action*, 44(1):1896659

Serapioni, M., (2017) Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe. *Cadernos De Saude Publica*, 33(9)

Sheff, M., Bawah, A., Asuming, P., Kyei, P., Kushitor, M., Phillips, J., Kachur, P., (2020) Evaluating health service coverage in Ghana's Volta Region using a modified Tanahashi model. *Global Health Action*, 13(1)

Tanahashi, T., (1978) Health service coverage and its evaluation, *Bull World Health Organ*, 56(2): 295-303

Tountas, Y., Oikonomou, N., Pallikarona, G., Dimitrakaki, S., Tzavara, C., Souliotis, K., Mariolis, A., Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Niakas, D., (2011) Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: the Hellas Health I study. *Health Services Management Research*, 24:8-18

Yaman, K., 2018. Privatization of German healthcare sector: Financial and social consequences and risks. *Journal of International Social Research*, 11(58):790-797.

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Αντωνίου, Π., Σουλιώτης, Κ., Σαρίδη, Μ., (2021) Η εξέλιξη των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(5):588-598

Γαλάνης, Π., Καϊτελίδου, Δ., Σουρτζή, Π., Σίσκου, Ο., Κωνσταντακοπούλου, Ο., Οικονόμου, Χ., (2020) Προσβασιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(Συμπλ):42-53

Κοράκη, Α., Πέππας, Χ. (2013) Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα; *Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρίας Κέρκυρας* 1 (9):25–31.

Κουκουφίλιπου, Ι., Μπόμπος, Γ., Μπόγρη, Δ., Βασιλακοπούλου, Β., Κοΐνης, Α., (2017) Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 34(3):327-333

Κουλλιάς, Ε., Αποστολάκης, Ι., Σαράφης Π., (2020) Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας-Υπάρχον Νομοθετικό Πλαίσιο και πρόταση Εθνικού Φορέα Διασφάλισης Ποιότητας-Διαμόρφωση Εθνικής Ατζέντας ασφάλειας των ασθενών. *Επιστημονικά Χρονικά*, 25(3):473-488

Κυριόπουλος, Ι., Τελλόγλου, Τ., (2019) *Η περιπέτεια της μεταρρύθμισης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. Παπαζήση, Αθήνα

Λιάκου, Φ., (2020) *Ο ιδιωτικός κλάδος υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Μελέτη περίπτωσης «Όμιλος Υγεία»*. MSc. Thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Μαλάγα, Α., (2022) *Δείκτες αξιολόγησης νοσοκομειακής μονάδας. Εφαρμογή των δεικτών στα δημόσια νοσοκομεία..* MSc. Thesis, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Μάρκοβιτς, Γ., Μοναστηρίδου, Σ. (2011) Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 1 (4): 51 – 56.

Μετεβέλης, Α., (2021) Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, όπως αυτές διαμορφώθηκαν από την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 2009 έως σήμερα. MSc. Thesis, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών

Οικονόμου, Χ., (2018) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Στο: *Κρίση και κοινωνική πολιτική: Αδιέξοδα και λύσεις*, εκδόσεις Τόπος, Αθήνα, 231-252

Οικονόμου, Χ., (2018) Πολιτικές Υγείας. Στο: Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου, Χ., Σκαμνάκης, Χ., Αγγελάκη, Μ. (Επιμ), *Κοινωνική Πολιτική*, Διόνικος, Αθήνα, 225-239

Οικονόμου, Χ., Παντελή, Δ., (2018) *Παρακολούθηση και τεκμηρίωση των συστημικών και υγειονομικών επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Οικονόμου, Χ., (2019) *Το ελληνικό πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας*. Στο: *Τιμητικός τόμος για τον Ευστάθιο Ν. Τσοτσόρο*, Διόνικος, Αθήνα, 235-259

Παπακωστίδη, Α., Τσουκαλάς, Ν. (2012) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4): 480-488

Παπανικολάου, Β., (2007) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Παχουνδάκης Γ., Πίτσου, Χ. (2020) Αποτύπωση δεικτών υγείας Ελλάδας και Γερμανίας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 25(4): 655-672

Πετράκη, Σ. (2008) *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, προσδοκίες και ικανοποίηση ασθενών από μια ιδιωτική κλινική στο Ηράκλειο Κρήτης*. MSc. Thesis, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Πετρέλης, Μ., Δομάγεφ, Φ., (2016) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 15(4):365-379

Ποτήρης, Α., Σαράφης, Π., (2014) Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3):116-121

Ρίκος, Ν. (2015) Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 14(4):247-252

Σιαλάκης, Χ., (2018), Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας υγείας και παράγοντες που την επηρεάζουν. *Επιθεώρηση Υγείας*, 29 (Αύγουστος 2018) :18-21

Σουλιώτης, Κ., (2019) *Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας: Μια πρόταση για την Ελλάδα*. Παπαζήση, Αθήνα

Τούντας,Ι., Κυριόπουλος, Ι., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Ι., Φιλαλήθης, Τ., (2020), *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Διανέοσις, Αθήνα

Τσίγκου, Β., Αποστολάκης, Ι., Σαράφης, Π., (2021) Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα-Η διακήρυξη της Αστίνας και οι σύγχρονες προκλήσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 20(3):273-289

Υπουργείο Υγείας, (2019) *Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019-2022*, Αθήνα

Υπουργείο Υγείας, (2022) Ν.4931_2022_Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις, Αθήνα

Φιλαλήθης, Α., (2021), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Χαμένη στον λαβύρινθο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(4):548-556

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

American Institute for Contemporary German Studies, 2012. *Health Care Reform in Germany: 2011Reform*. Ανάκτηση, 20/09/2022 από <https://www.aicgs.org/2012/04/health-care-reform-in-germany-2011-reform/>

Bertinato, L., (2005) Cross-Border Health Care in Europe. Ανάκτηση 5 Σεπτεμβρίου 2022 από <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107679/WHO-EURO-2005-867-40603-54592-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

European Commission. (2019). Preventable and treatable mortality statistics. Eurostat. Ανάκτηση, 23/10/2022 από [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable and treatable mortality statistics&oldid=571291](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics&oldid=571291)

European Commission. (2018). *European Commission*. Ανάκτηση, 03/06/2022 από, Universal Access to the National Health System: https://ec.europa.eu/migrant-integration/library-document/royal-decree-law-72018-27-july-universal-access-national-health-system_en

Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022. *The Federal Joint Committee*. Ανάκτηση, 18/10/2022 από <https://www.g-ba.de/english/>

Gobierno de Espana. (2008). National Health System Spain. Ανάκτηση, 24/05/2022 από [https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/docs/Spanish National Health System.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/docs/Spanish_National_Health_System.pdf)

Health Management. (2010). Overview of the Spanish Healthcare System. Ανάκτηση, 06/02/2022 από <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/overview-of-the-spanish-healthcare-system>

INE (2021) Registered health professional statistics, Ανάκτηση, 02/08/2022 από https://www.ine.es/en/prensa/epsc_2021_en.pdf

IQTIG, (2022), Institut für Qualitäts sicherung und transparenz im gesundheitswesen, (2022) Das IQTIG/Ubersicht, Germany. Ανάκτηση 05/08/2022 από <https://iqtig.org/das-iqtig/>

La Moncloa. (2022). National Health System. Ανάκτηση 06/06/2022 από <https://www.lamoncloa.gob.es/lang/en/espana/stpv/spaintoday2015/health/Paginas/index.aspx>

Νόμος 4109/2013 (ΦΕΚ 16/Α/ 23-1-2013): Κατάργηση και συγχώνευση νομικών προσώπων του Δημοσίου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα - Σύσταση Γενικής Γραμματείας για το συντονισμό του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. Ανάκτηση, 12 Φεβρουαρίου 2022 από <https://www.e-nomothesia.gr/kat-demosia-dioikese/n-4109-2013.html>

Νόμος 4633/2019 (ΦΕΚ Α 161 - 16.10.2019) Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές

διατάξεις. Ανάκτηση, 11 Φεβρουαρίου 2022 από <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4633-2019-phek-161a-16-10-2019.html>

Νόμος 4931/2022 (ΦΕΚ 94/Α/13-5-2022) *Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις.* Ανάκτηση, 20 Νοεμβρίου 2022 από <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4931-2022-phek-94a-13-5-2022.html>

Νόμος 4715/2020 (ΦΕΚ 149/Α/1-8-2020) *Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας - Ίδρυση και καταστατικό του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.), άλλες επείγουσες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.* Ανάκτηση, 20 Μαΐου 2021 από <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4715-2020-phek-149a-1-8-2020.html>

Ο.ΔΙ.Π.Υ, (2020) *Νομοθεσία, Θεσμικό πλαίσιο.* Ανάκτηση 16 Απριλίου 2022 από <https://odipy.gov.gr/organismos/nomothesia/>

Stiftung-gesundheitswissen,(2021) *Το ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών (ePA): Πώς λειτουργεί και τι φέρνει.* Ανάκτηση 13 Οκτωβρίου 2022 από <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-es-leben/e-health-trends/die-elektronische-patientenakte-epa-wie-sie-funktioniert-und-was-sie>